Comunidad de Madrid

Anexo a la solicitud de autorización sanitaria
Plantilla de profesionales sanitarios

1.- Tipo de autorización:

☐	Funcionamiento	☐	Modificación por Cambio de Estructura
☐	Funcionamiento sin Instalación	☐	Modificación por Cambio de Oferta Asistencial
☐	Renovación	☐	Modificación por Cambio de Titularidad

2.- Datos del Centro:

NIF		Nombre/Razón Social (*)							
Tipo de vía		Nombre vía						Nº	
Piso		Puerta		CP		Localidad		Provincia	Madrid

(*) Consigne nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica.

3.- Profesionales Sanitarios:

NIF/NIE	Nombre	Apellido 1	Apellido 2	Fecha Nacimiento	Nacionalidad	Director Técnico-Asistencial*	Profesión Sanitaria/Especialidad
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	

(*) Señalar al Director Técnico-Asistencial

Comunidad de Madrid

4.- Documentación requerida en las incorporaciones de profesionales sanitarios:

La Comunidad de Madrid consultará, por medios electrónicos, los datos de los siguientes documentos (*):	
Títulos académicos de los profesionales sanitarios	☐

(*) Puede oponerse a la consulta por motivos que deberá justificar. En este caso, deberá aportar la documentación a cuya consulta se opone (artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas). Todo ello sin perjuicio de la potestad de verificación de la Administración.

☐ Me opongo a la consulta de los siguientes datos por los motivos que se expresan a continuación:

Documentos que se acompañan a la solicitud de cada profesional sanitario	Se aporta junto con la solicitud de autorización
En su caso, certificado actual de colegiación expedido por el Colegio Profesional correspondiente	☐
Póliza de responsabilidad civil de los profesionales sanitarios, así como recibo actualizado de su pago	☐

5.- Observaciones:

En....., a 13 de julio de 2025

La plantilla definitiva del centro, servicio o establecimiento sanitario o aquella que resulte de su modificación, deberá ser comprensiva de todos los profesionales sanitarios que presten sus servicios, cualquiera que sea su relación jurídica, y deberá ser suscrita por el Director Técnico-Asistencial.

Firma del Director Técnico-Asistencial

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.comunidad.madrid/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad D.G. de Inspección y Ordenación Sanitaria

Limpiar campos | Imprimir | Guardar