

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO E INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO GENERAL SANITARIO DE EMPRESAS ALIMENTARIAS Y ALIMENTOS

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

1	OPCIONES
<input type="checkbox"/>	Autorización sanitaria e Inscripción
<input type="checkbox"/>	Ampliación/Cambio de Actividad ¹
<input type="checkbox"/>	Cambio de domicilio industrial ¹
<input type="checkbox"/>	Cese definitivo de la actividad

Reseñar los nuevos datos¹

2	DATOS DEL ESTABLECIMIENTO O DE LA EMPRESA ALIMENTARIA ²				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				N.I.F./N.I.E.	
DOMICILIO SOCIAL				NºRS	
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO	FAX	
DOMICILIO INDUSTRIAL					
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO	FAX	
ACTIVIDAD CATEGORÍA					
<input type="checkbox"/> Fabricación y/o elaboración y/o transformación					
<input type="checkbox"/> Envasado					
<input type="checkbox"/> Almacenamiento (excepto los almacenes sin control de Tª de cualquier sector o a Tª regulada de productos de origen vegetal)					
<input type="checkbox"/> Frigorífico (indicar sector)					
<input type="checkbox"/> En congelación (indicar sector)					
<input type="checkbox"/> Distribución					
<input type="checkbox"/> Importación					
<input type="checkbox"/> OTRAS (especificar)					
SECTOR					
<input type="checkbox"/> Cárnico					
<input type="checkbox"/> Pesca					
<input type="checkbox"/> Lácteo					
<input type="checkbox"/> Huevos					
<input type="checkbox"/> Grasas de origen animal					
<input type="checkbox"/> Comidas preparadas (materias primas de origen animal sin transformar con destino a otro establecimiento)					

2	DATOS DEL ESTABLECIMIENTO O DE LA EMPRESA ALIMENTARIA² (Continuación)
<input type="checkbox"/> Helados (materias primas de origen animal sin transformar)	
<input type="checkbox"/> Polivalentes (indicar sector)	
<input type="checkbox"/> OTRAS (especificar)	
BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:	

Reseñar datos actuales²

3	DATOS DEL/LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL				
NOMBRE Y APELLIDOS				DNI/NIF	
EN CALIDAD DE					
CORREO ELECTRÓNICO					
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN					
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO	FAX	

4	CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.	
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.	

5	AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS
Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notific@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica desde la notificación electrónica.	
<input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@.	
<input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y NO dispongo de una dirección electrónica segura en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.	
Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.	
Apellidos y nombre: DNI:	
Correo electrónico:	
N° móvil:	

6	DOCUMENTACIÓN
6.1	DOCUMENTACIÓN PRECEPTIVA QUE SE ADJUNTA
SI SE SOLICITA UNA AUTORIZACIÓN SANITARIA E INSCRIPCIÓN:	
<input type="checkbox"/> Memoria técnica de la actividad y esquema o planos de las instalaciones.	
<input type="checkbox"/> Declaración responsable de disponer del documento relativo al Sistema de Autocontrol basado en los principios del Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC), comprometiéndose a implantarlo en el momento de obtener la autorización sanitaria funcionamiento.	
SI SE SOLICITA CAMBIO DE DOMICILIO INDUSTRIAL, CAMBIO/AMPLIACIÓN DE ACTIVIDAD:	
<input type="checkbox"/> Memoria técnica de la actividad y esquema o planos de las instalaciones.	
<input type="checkbox"/> Declaración responsable de garantizar el mantenimiento de las condiciones técnico sanitarias iniciales y del correcto funcionamiento del Sistema de Autocontrol	
EN TODOS LOS CASOS:	
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la personalidad del solicitante o de quien ejerza la representación legal de la personal solicitante.	
<input type="checkbox"/> Ejemplar para la Administración del pago de la Tasa, conforme establece el apartado 2.2 del anexo VI de la Ley 4/1988, de 5 de julio, de tasas y precios públicos de la Comunidad Autónoma de Andalucía.	

6	DOCUMENTACIÓN (Continuación)			
6.2	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA O DE SUS AGENCIAS			
<input type="checkbox"/>	Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos* que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano instructor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren.			
	Documento	Consejería/Agencia emisora o a la que se presentó	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó*
1			
2			
3			
6.3	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES			
<input type="checkbox"/>	Autorizo al órgano instructor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas los siguientes documentos o la información contenida en los mismos disponibles en soporte electrónico:			
	Documento	Administración Pública	Fecha emisión/presentación	Órgano
	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó			
1			
2			
3			

(*). Han de tratarse de documentos correspondientes a procedimientos que hayan finalizado en los últimos años.

7	DECLARACIÓN RESPONSABLE, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, cumpliendo todos los requisitos exigidos en la legislación vigente, disponiendo de la documentación que así lo acredita y comprometiéndome a mantener su cumplimiento durante el ejercicio de la actividad.</p> <p>SOLICITO sea concedida, en su caso, la autorización sanitaria de funcionamiento y se proceda a la inscripción en el Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos.</p> <p>En a de de</p> <p style="text-align: center;">EL/LA SOLICITANTE</p> <p style="text-align: right;">Fdo.:</p>	

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE LA CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES EN

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en el fichero parcialmente automatizado "SISTEMA DE INFORMACIÓN EN PROTECCIÓN DE LA SALUD (ALBEGA)" cuyo responsable es la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión del control sanitario de industrias alimentarias.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Avda. de la Innovación s/n. Edificio Arena 1, 41020 -SEVILLA-