

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

NOTIFICACIÓN DE PUESTA EN EL MERCADO DE COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

1	OPCIONES
<input type="checkbox"/> Puesta en el mercado nacional <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PRIMERA COMERCIALIZACIÓN EN LA U.E. <input type="checkbox"/> YA SE COMERCIALIZA EN OTRO ESTADO DE LA U.E. (indicar país) 	
<input type="checkbox"/> Cambio de etiquetado <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> EN LA COMPOSICIÓN <input type="checkbox"/> EN EL NOMBRE COMERCIAL O MARCA <input type="checkbox"/> OTRAS (especificar) 	
<input type="checkbox"/> Cambio de empresa responsable de la comercialización	
<input type="checkbox"/> Cese definitivo de la comercialización del producto	

2	DATOS DEL ESTABLECIMIENTO O DE LA EMPRESA ALIMENTARIA			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				N.I.F./N.I.E.
DOMICILIO SOCIAL				NºRS
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL:	FAX	TELÉFONO
DOMICILIO INDUSTRIAL				
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL:	FAX	TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO				

3	DATOS DEL PRODUCTO PARA SU COMERCIALIZACIÓN EN ESPAÑA COMO COMPLEMENTO ALIMENTICIO			
DENOMINACIÓN DE PRODUCTO				
FORMA DE PRESENTACIÓN Y TIPO DE ENVASE				
MARCA				
COMPOSICIÓN <input type="checkbox"/> SOLO VITAMINAS Y MINERALES		COMPOSICIÓN <input type="checkbox"/> OTRAS SUSTANCIAS DISTINTAS A VITAMINAS Y MINERALES		

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

8 DECLARACIÓN RESPONSABLE, NOTIFICACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante, con conocimiento de que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, en cualquier dato o manifestación reflejada en la presente comunicación previa así como en documentos que posteriormente pudieran ser requeridos por la Consejería competente en la materia, determinarán la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades, penales, civiles o administrativas a que se hubiera lugar y de la posibilidad de que, mediante resolución administrativa que declare tales circunstancias, se le podrá exigir la obligación de restituir la situación jurídica al momento previo al reconocimiento o al ejercicio del derecho o al inicio de la actividad correspondiente, así como la imposibilidad de instar un nuevo procedimiento con el mismo objeto durante un período de tiempo determinado, todo ello conforme a los términos establecidos en las normas sectoriales de aplicación.

DECLARA:

PRIMERO: Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente comunicación.

SEGUNDO: Que cumple con los requisitos establecidos en la normativa vigente para el acceso o ejercicio de la actividad indicada.

TERCERO: Que dispone de la documentación que lo acredita, especialmente el documento relativo al Sistema de Autocontrol³, basado en los principios del Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC).

CUARTO: Que dispone de poder suficiente para actuar como representante de la citada entidad. (Sólo en caso de representación de personas jurídicas).

Y SE COMPROMETE:

PRIMERO: A mantener el cumplimiento de la normativa que le afecte durante el tiempo que se desarrolle el ejercicio de la actividad.

SEGUNDO: A comunicar a la Consejería competente en materia de salud, todos aquellos cambios de domicilio a efectos de notificaciones o de localización de establecimiento.

TERCERO: A someterse a las actuaciones de comprobación a efectuar por los servicios de control sanitario oficial dependientes de dicha Consejería, aportando cuanta información y documento les sean requeridos en el ejercicio de las actuaciones anteriores.

Lo que comunico a efectos de su conocimiento

En a de de

EL/LA INTERESADO/A O REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

ILMO/A. SR/A SECRETARIO/A GENERAL DE CALIDAD, INNOVACIÓN Y SALUD PÚBLICA**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 un fichero parcialmente automatizado "SISTEMA DE INFORMACIÓN EN PROTECCIÓN DE LA SALUD (ALBEGA)". 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. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Avda. de la Innovación s/n Edificio Arena 1. 41020 SEVILLA.

(3) Prerrequisitos/Planes Generales de Higiene, RSH y, en su caso, sistema APPCC.