

A NOM I TIPUS D'ACTIVITAT / NOMBRE Y TIPO DE ACTIVIDAD

NOM DE L'ACTIVITAT / NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

PRESENCIAL

NO PRESENCIAL/MIXTA

B ENTITAT PROVEÏDORA / ENTIDAD PROVEEDORA

NOM / NOMBRE

CIF/NIF

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON / TELÉFONO

CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

RESPONSABLE(S) I CÀRREC EN LA ENTITAT / RESPONSABLE(S) Y CARGO EN LA ENTIDAD

C DADES DEL REPRESENTAT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOM O RAÓ SOCIAL / NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

CIF/NIF

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON / TELÉFONO

CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

D DADES DE NOTIFICACIÓ / DATOS DE NOTIFICACIÓN

Indique en quina llengua desitja rebre notificacions:

Indique en qué lengua desea recibir notificaciones:

Valencià / Valenciano

Castellà / Castellano

Si el sol·licitant és persona física, accepta la notificació per mitjans electrònics

Si el solicitante es persona física, acepta la notificación por medios electrónicos

sí

EMPLENAR EN CAS QUE SIGA DIFERENT ALS APARTATS B ó C / RELLENAR EN CASO QUE SEA DIFERENT A LOS APARTADOS B ó C

ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DIRECCIÓN (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

PROVÍNCIA / PROVINCIA

LOCALITAT / LOCALIDAD

CP

TELÈFON / TELÉFONO

CORREU ELECTRÒNIC (*) / CORREO ELECTRÓNICO (*)

(*) A l'efecte de la pràctica de notificacions electròniques, l'interessat haurà de disposar de certificat electrònic en els termes previstos en la seu electrònica de la Generalitat (<https://sede.qva.es>).

(*) A efectos de la práctica de notificaciones electrónicas, el interesado deberá disponer de certificado electrónico en los términos previstos en la sede electrónica de la Generalitat (<https://sede.qva.es>).

E CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ TRIBUTÀRIA (AUTORIZACIÓ EXPRESSA)
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN TRIBUTARIA (AUTORIZACIÓN EXPRESSA)

D'acord amb el que es disposa en l'article 28 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, i en relació amb l'art. 95.1.k de la LGT i l'art. 77.1.d de la LGSS, **es requereix el consentiment exprés de l'interessat per a la consulta de les dades tributaries següents:** dades que acrediten l'alta a l'Impost sobre Activitats Econòmiques (IAE) i en el Règim Especial de Treballadors Autònoms (RETA) respectivament.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, y en relación con el art. 95.1.k de la LGT y el art. 77.1.d de la LGSS, **se requiere el consentimiento expreso del interesado para la consulta de los datos tributarios siguientes:** datos que acrediten el alta en el Impuesto sobre Actividades Económicas (IAE) y en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) respectivamente.

En cas de no autoritzar-ho de forma expressa, haurà d'aportar els documents corresponents, en els termes exigits per les normes reguladores del procediment. (Art.16.4 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques).

En caso de no autorizarlo de forma expresa, deberá aportar los documentos correspondientes, en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento. (Art. 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas).

Autoritze l'obtenció directa de les dades que acrediten l'alta a l'Impost sobre Activitats Econòmiques (IAE).
Autorizo la obtención directa de los datos que acrediten el alta en el Impuesto sobre Actividades Económicas (IAE).

Autoritze l'obtenció directa de les dades que acrediten l'alta en el Règim Especial de Treballadors Autònoms (RETA).
Autorizo la obtención directa de los datos que acrediten el alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA).

F DOCUMENTACIÓ A APORTAR (SI ÉS LA PRIMERA VEGADA QUE L'ENTITAT PRESENTA ALGUNA SOL·LICITUD D'ACREDITACIÓ)
DOCUMENTACIÓN A APORTAR (SI ES LA PRIMERA VEZ QUE LA ENTIDAD PRESENTA ALGUNA SOLICITUD DE ACREDITACIÓN)

(*) Si es una edició successiva de l'activitat formativa acreditada amb anterioritat indique número de referència de l'última acreditació

(*) Si es una edición sucesiva de la actividad formativa acreditada con anterioridad, indique número de referencia de la última actividad

- Còpia del document que acredite la direcció de la seua seu social i on figure que, entre els seus objectius, es troba l'activitat docent (escriptura de constitució de la societat o document oportú).
Copia del documento que acredite la dirección de su sede social y donde figure que, entre sus objetivos, se encuentra la actividad docente (escritura de constitución de la sociedad o documento oportuno).
- Còpia del justificant que acredite que consta com a donat d'alta a l'Impost sobre Activitats Econòmiques (IAE), en el cas de les persones físiques o jurídiques privades si no autoritzen expressament la seua obtenció directa.
Copia del justificante que acredite que consta como dado de alta en el Impuesto sobre Actividades Económicas (IAE) en el caso de las personas físicas o jurídicas privadas si no autorizan expresamente su obtención directa
- En el cas que l'entitat siga un treballador autònom, còpia d'alta en el Règim Especial de Treballadors Autònoms (RETA) si no autoritzen expressament la seua obtenció directa.
En el caso de que la entidad sea un trabajador autónomo, copia de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) si no autorizan expresamente su obtención directa.

G DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

La persona sol·licitant **declara**, sota la seua responsabilitat: / La persona solicitante **declara**, bajo su responsabilidad:

- Que l'Entitat a la qual representa compleix els requisits establerts en l'article 7 del Decret 204/2014, de 28 de novembre, del Consell, pel qual es regula la Comissió de Formació Continuada de les Professions Sanitàries de la Comunitat Valenciana i el procediment d'acreditació de la formació continuada i disposa de la documentació que així ho acredita, que la posarà a la disposició de l'Administració quan li siga requerida, i es compromet a mantindre el compliment de les anteriors obligacions durant el període de temps inherent a aquest exercici, de conformitat amb l'article 69.1 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques.
Que la Entidad a la que representa cumple los requisitos establecidos en el artículo 7 del Decreto 204/2014, de 28 de noviembre, del Consell, por el que se regula la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunitat Valenciana y el procedimiento de acreditación de la formación continuada y dispone de la documentación que así lo acredita, que la pondrá a disposición de la Administración cuando le sea requerida, y se compromete a mantener el cumplimiento de las anteriores obligaciones durante el periodo de tiempo inherente a dicho reconocimiento o ejercicio, de conformidad con el artículo 69.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

H SOL·LICITUD / SOLICITUD

Sol·licite l'acreditació de l'activitat de formació continuada adjunta, d'acord amb el que determina el Decret 204/2014, de 28 de novembre, del Consell, pel qual es regula la Comissió de Formació Continuada de les Professions Sanitàries de la Comunitat Valenciana i el procediment d'acreditació de la formació continuada.
Solicito la acreditación de la actividad de formación continuada adjunta, de acuerdo con lo que determina el Decret 204/2014, de 28 de novembre, del Consell, pel qual es regula la Comissió de Formació Continuada de les Professions Sanitàries de la Comunitat Valenciana i el procediment d'acreditació de la formació continuada.

Abans de signar la comunicació, ha de llegir la informació sobre protecció de dades següent, atès que comporta el tractament de dades de caràcter personal.
Antes de firmar la comunicación, debe leer la información sobre protección de datos siguiente, dado que conlleva el tratamiento de datos de carácter personal.

_____, ____ de _____ de _____

SIGNATURA / FIRMA

I INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES / INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Nom de l'activitat de tractament: Sol·licitud d'acreditació per a realitzar activitats de formació continuada de les professions sanitàries.
Nombre de la actividad de tratamiento: *Solicitud de acreditación para realizar actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias.*

Finalitat del tractament: Acreditació per a realitzar activitats de formació continuada de les professions sanitàries.
Finalidad del tratamiento: *Acreditación para realizar actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias.*

Identitat del responsable del tractament: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
Identidad del responsable del tratamiento: *Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.*

Legitimació: RPDG 6.1 c) el tractament és necessari per al compliment d'una obligació legal aplicable al responsable del tractament. Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'Ordenació de les Professions Sanitàries

Legitimación: *RPGD 6.1 c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesion Sanitarias.*

Drets de les persones interessades: Tenen dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, la rectificació o supressió de les mateixes, a la limitació del seu tractament, a oposar-se al mateix o a no ser objecte d'una decisió basada únicament en el tractament automatitzat, inclosa l'elaboració de perfils. Les sol·licituds per exercir estos drets podran presentar-se de manera presencial o telemàtica, de conformitat amb el que preveu l'enllaç següent: http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=23945

Derechos de las personas interesadas: *Tienen derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de los mismos, a la limitación de su tratamiento, a oponerse al mismo o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Las solicitudes para ejercer estos derechos, podrán presentarse de manera presencial o telemática, de conformidad con lo previsto en el siguiente enlace: http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=23945*

Més informació: Podrà consultar el registre d'activitats de tractament de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública en l'adreça electrònica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrà contactar amb el Delegat de Protecció de Dades en l'adreça electrònica dpd@gva.es.

Más información: *Podrá consultar el registro de actividades de tratamiento de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública en la dirección electrónica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd@gva.es.*