



MINISTERIO
DE SANIDAD



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE COHESIÓN Y ALTA INSPECCIÓN
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SOLICITUD DE ALTA EN REPS¹ CENTROS NO REGCESS

Datos del centro

Nombre del centro

Dirección del centro

Actividad del centro

Centro Veterinario

Laboratorio Prótesis Dental

Centro Formativo

Otros

Datos del responsable del centro

Nombre del responsable

Apellidos del responsable

NIF del responsable

Correo electrónico del responsable

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Teléfono de contacto

Fecha

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Declaro que los datos que figuran en mi solicitud de registro son ciertos, asumiendo en caso contrario las responsabilidades que pudieran derivarse de su inexactitud.

Firma del/la responsable,

El presente formulario deberá ser firmado,
imprescindiblemente, con [certificado electrónico](#).

¹ [Orden SSI/890/2017, de 15 de septiembre](#), por la que se desarrolla el Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le comunicamos que los datos que incorpore en el presente formulario pasan a formar parte de nuestra base de datos, teniendo usted derecho de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición. Para ampliar información, puede consultar "[Información sobre protección de datos](#)" en REPS.