



Financiado por  
la Unión Europea  
NextGenerationEU



MINISTERIO  
DE SANIDAD

Plan de Recuperación,  
Transformación  
y Resiliencia



SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL  
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL  
DE FORMACIÓN  
Y ORDENACIÓN PROFESIONAL

## SOLICITUD DE ALTA EN REPS<sup>1</sup> CENTROS NO REGCESS

### Datos del centro

Nombre del centro

CIF

--	--

Dirección del centro

Calle/Avda./Plaza :

Número/Piso/Local/Puerta:

--	--	--

Código Postal:

Municipio:

Provincia:

Dependencia:

Público

Privado

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

--	--

Teléfono de contacto

Fecha

--	--

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 <a href="#">certificado electrónico</a> .

<sup>1</sup> [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.