



MINISTERIO
DE SANIDAD



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE FORMACIÓN
Y ORDENACIÓN PROFESIONAL

SOLICITUD DE ALTA EN REPS¹ 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 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.