



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

### Datos del centro

*Nombre del centro*

*Dirección del centro*

### Datos del representante del centro

*Nombre del representante*

*Apellidos del representante*

*NIF del representante*

*Correo electrónico del representante*

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

*Teléfono de contacto*

*Fecha*

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

De acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, le comunicamos que los datos que incorpore en el presente formulario pasan a formar parte de nuestra base de datos, teniendo usted derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación de los mismos. Para ampliar información, puede consultar "[Información sobre protección de datos](#)" en REPS, en la página web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

**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 y autorizando al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, la consulta de los mismos en el Sistema de Verificación de Datos de Identidad de la Dirección General de la Policía.**

Para validar la veracidad de la información suministrada, el presente formulario deberá ser firmado con certificado electrónico<sup>2</sup>.

Firma del/la solicitante,

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

<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.

<sup>2</sup> Prestadores de servicios de certificación: <https://sede.minetur.gob.es/Prestadores/Paginas/Inicio.aspx>