

**SOLICITUD RENOVACIÓN DE AUTORIZACIÓN**

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con N.I.F. \_\_\_\_\_, domicilio a efecto de notificaciones en  
\_\_\_\_\_ C/ \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_,  
actuando en su propio nombre / o como representante de la entidad  
\_\_\_\_\_ C.I.F.: \_\_\_\_\_

**EXPONE:**

Que teniendo un centro / establecimiento sanitario situado en la  
C/ \_\_\_\_\_  
con autorización de funcionamiento con fecha \_\_\_\_\_, nº registro/NICA  
\_\_\_\_\_ adjunta la documentación marcada con una cruz:

- Documentación identificativa de la persona solicitante y/o de la entidad titular del centro
- "Ejemplar para la Administración" del modelo 046 (Ley 4/1988 de 5 de Julio)
- Declaración del Titular
- Declaro que **no ha habido en el centro:**
  - Modificaciones estructurales
  - Cambios en la oferta de servicios.
  - Cambio de titularidad
  - Cambios en el personal acreditado.

**SOLICITA:**

La renovación de la autorización sanitaria de funcionamiento, según lo establecido en el artículo 14 del Decreto 69/2008.

Sevilla, a        de        de 20 .

(firma)

**ILMA. SRA. DELEGADA TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES  
EN SEVILLA**