



COMUNICACIÓN DE MODIFICACIÓN DE LA PLANTILLA DE CENTROS SANITARIOS

1. DATOS DEL COMUNICANTE

Nombre y apellidos:		DNI / NIE:
En nombre propio:	En representación de:	DNI / NIE / CIF:
Domicilio del solicitante:		C.P.:
Localidad:	Teléfonos: 1- 2-	
Correo electrónico (obligatorio):		

2. DATOS DEL CENTRO SANITARIO

Nombre del Centro:	
Tipo: Según Anexo I	
Oferta asistencial: Según Anexo II	
Dirección del centro:	C.P.:
Localidad:	Teléfonos: 1- 2-

3. TITULARIDAD

Persona física/jurídica:	NIF / NIE / CIF:
Domicilio:	C. P.:
Localidad:	Teléfono:

4. PLANTILLA ACTUAL DE PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO, incluyendo NIF/NIE

Comunicación de la plantilla actual (descague el modelo desde "Documentación a presentar")

5. DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LAS NUEVAS INCORPORACIONES

- NIF/NIE
- Titulaciones

Fecha

Firma del solicitante