



REGISTRO SANITARIO AUTONÓMICO (ANEXO GESTOR)

(1) DATOS DEL GESTOR

APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		NIF/NIE	
DOMICILIO SOCIAL (Calle, plaza)		Nº	Piso
LOCALIDAD/MUNICIPIO		PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
Teléfono 1	Teléfono 2	e-mail (para recibir las notificaciones)	
Nº Registro Sanitario del local		APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL TITULAR	
APELLIDOS Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE		TÍTULO DE REPRESENTACIÓN	NIF/NIE
SÍ REALIZO VENTA POR INTERNET	PÁGINA WEB:		

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (marcar la documentación que aporta)

Fotocopia NIF/NIE *Personas jurídicas: siempre. *Personas físicas, solo en caso de oponerse a su consulta	Sistema de autocontrol	Memoria descriptiva
---	------------------------	---------------------

Acreditación de la representación, en su caso

Utilizaré la "Guía de buenas prácticas de higiene en la **elaboración y servicio de comidas**", del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra"
En el supuesto de NO utilizar la citada guía, será preciso disponer de otro Sistema de Autocontrol equivalente y presentarlo

COMPROBACIÓN DE DATOS Y DERECHO DE OPOSICIÓN (ARTÍCULO 28.2-LEY 39/2015):

El órgano gestor realizará las **consultas necesarias** para comprobar la **exactitud** de los **datos** aportados. En concreto consultará los datos relativos a **identidad** de la **persona solicitante** y de la persona **representante legal**. Los titulares de los datos podrán ejercer su derecho de oposición al tratamiento, marcando la siguiente casilla

Me opongo a la consulta de los datos de identidad de la persona solicitante a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad y apor to copia del DNI/NIE.

Me opongo a la consulta de los datos de identidad de la persona representante legal a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad y apor to copia del DNI/NIE.

DECLARACIÓN RESPONSABLE:

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos y exactos los datos reseñados en la presente comunicación, que conozco y que cumplo con lo dispuesto en la legislación alimentaria vigente referente a la actividad.

Declaro así mismo:

- que el establecimiento dispone de locales y equipamiento necesario para llevar a cabo dicha actividad.
- que dispone de un sistema de autocontrol implantado en el momento de iniciar la actividad, acorde a la guía elaborada por el ISPLN sobre la **elaboración y servicio de comidas**, u otra equivalente

DIRECTORA GERENTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA



INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

De acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en lo referente al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos, los **datos personales facilitados y recogidos en este impreso, podrán ser incluidos en un fichero** para su tratamiento, por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el **uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias**.

Asimismo, se le informa de la **posibilidad de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión o limitación del tratamiento de los datos personales, portabilidad y a oponerse al tratamiento**, en el caso de que se den los requisitos establecidos en el Reglamento General de Protección de Datos, así como en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Para más información sobre protección de datos puede consultar en el siguiente enlace: <https://www.navarra.es/es/proteccion-de-datos>

En _____, a _____ de _____ de 202_____

(Firma del **gestor o representante legal**)