

**DECLARACION RESPONSABLE PARA LA RENOVACIÓN DE LA
AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO**
(Artículo 14 del Decreto 69/2008, de 26 de febrero)

D/D^a. _____, mayor
de edad, con N.I.F. _____, actuando como

titular

representante legal de _____

en el expediente de Renovación de la Autorización de Funcionamiento del
Centro / Establecimiento: _____

_____ NICA: _____ a que
se refiere la solicitud que el presente escrito acompaña

D E C L A R A

Que dicho Centro / Establecimiento domiciliado en Localidad: _____
Código Postal: _____ Provincia: _____ en la
c/ _____ nº _____, cumple con los
requisitos establecidos en los apartados A) y C) del Anexo III del Decreto
69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de
las Autorizaciones Sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros
Servicios y Establecimientos Sanitarios.

Y para que así conste, y surta los efectos oportunos ante la Delegación
Provincial de Salud de Córdoba, firmo la presente declaración en
_____, a _____ de _____ de 20 ____.

Fdo. _____