

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

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, 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. \_\_\_\_\_