

DECLARACIÓ RESPONSABLE

Cognoms _____ Nom _____

NIF _____, Col·legiat Núm. _____

En el seu propi nom.

En nom de la societat professional _____

DECLARA:

- I. Que en data d'avui ha presentat la petició d'autorització de funcionament d'una consulta mèdica del Departament de Salut en el lloc que tot seguit es detalla:
Carrer/plaça _____
Núm. _____
Població _____ C.P. _____ Província _____
Telèfon _____ E-mail _____
- II. Que duu a terme activitat de visita mèdica en el domicili indicat sense internament ni sedacions.
- III. Que té contractada una pòlissa de Responsabilitat Civil Professional
 amb el CCMC
 altres (Especificar Companyia i capital assegurat) _____.
- IV. Que té contractada també una pòlissa d'assegurança de responsabilitat civil que cobreixi els danys que es puguin ocasionar a tercers en les seves instal·lacions .
- V. Que amb relació a la ubicació i les instal·lacions de la consulta dispo de la documentació acreditativa de la disponibilitat jurídica dels espais d'ubicació.
- VI. Que la consulta dispo del manual de procediment i dels mecanismes per a la gestió de la qualitat assistencial i seguretat dels pacients i es compromet a mantenir-los durant la vigència de l'activitat.
- VII. Que la compleix els requisits i garanties recollits a que es refereix el Decret 151/2017, de 17 d'octubre en els articles 11.1 (disposar d'un sistema organitzat de selecció de personal), 12 (disposar d'un pla de formació i d'un pla d'acollida als nous ingressats), 15.1.b) (disposar de fulls de reclamacions), 16.2 (disposar de protocols per a l'elaboració dels documents de voluntats anticipades), 17.3 (disposar de protocols sobre la documentació clínica), 18 (haver registrat els fitxers de dades de caràcter personal) i 20 (disposar d'un procediment de gestió interna de residus), i que es compromet a continuar complint-los durant la vigència de l'activitat.

Signatura..... Data: dede 201...

Aquesta declaració comporta que dono el meu consentiment per tal que les dades personals facilitades siguin tractades pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) amb la finalitat de tramitar l'expedient d'autorització de funcionament de consulta mèdica, en virtut de conveni entre l'Administració de la Generalitat de Catalunya, mitjançant el Departament de Salut i el CCMC per a la delegació de funcions de tramitació d'expedients d'autorització de determinades consultes mèdiques (Resolució SLT 1201/2015 de 25 de maig). Les dades seran comunicades al Departament de Salut amb la finalitat de gestionar i resoldre l'expedient d'autorització de funcionament de consulta mèdica.

Puc exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició al tractament de les dades davant del Responsable del tractament: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, CIF V60147889, Passeig Bonanova 47 08017 Barcelona, per correu postal o per e-mail dpo@comb.cat . Puc, també, presentar reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.