



**Solicitud de Autorización Definitiva de un establecimiento de Óptica**

**1.- Datos del Titular propietario:**

|               |  |                          |                |
|---------------|--|--------------------------|----------------|
| DNI/ NIF      |  | Nombre/ Razón Social (*) |                |
| Apellidos (*) |  | Correo electrónico       |                |
| Fax           |  | Teléfono Fijo            | Teléfono Móvil |

(\*) Indique nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

**En el caso de que el Titular Propietario sea una persona jurídica, son obligatorios los datos del Solicitante/ Representante legal (Apartado 2).**

**2.- Datos de el/la Solicitante o Representante legal:**

|                          |  |                          |                |
|--------------------------|--|--------------------------|----------------|
| DNI/ NIF                 |  | Nombre/ Razón Social (*) |                |
| Apellidos (*)            |  | Correo electrónico       |                |
| Fax                      |  | Teléfono Fijo            | Teléfono Móvil |
| Título de representación |  |                          |                |

(\*) Indique nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

**3.- Medio de notificación:**

|                       |   |            |           |
|-----------------------|---|------------|-----------|
| <input type="radio"/> | Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid) |            |           |
| <input type="radio"/> | Deseo ser notificado/a por correo certificado   |            |           |
|                       | Tipo de vía   | Nombre vía | Nº        |
|                       | Piso  | Puerta     | CP        |
|                       | Localidad   |            | Provincia |

**4.- Datos del establecimiento de Óptica:**

|                  |    |               |    |
|------------------|----|---------------|----|
| Nombre Comercial |    |               |    |
| Tipo de vía      |    | Nombre vía    | Nº |
| Local            | CP | Localidad     |    |
| Fax              |    | Teléfono Fijo |    |

**5.- Datos del Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto:**

|          |  |                     |  |
|----------|--|---------------------|--|
| DNI/ NIF |  | Apellidos           |  |
| Nombre   |  | Número de Colegiado |  |

**5.- Datos del segundo Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto:**

**Cumplimente estos campos sólo en el caso de que el horario y/o el volumen de actividad del establecimiento lo exijan (Artículo 6.3 del Decreto 14/2003):**

|          |  |                     |  |
|----------|--|---------------------|--|
| DNI/ NIF |  | Apellidos           |  |
| Nombre   |  | Número de Colegiado |  |



# Comunidad de Madrid

## 6.- Documentación requerida:

| TIPO DE DOCUMENTO   | Se aporta en la solicitud | Autorizo Consulta (*) |
|---|---------------------------|-----------------------|
| En caso de solicitudes mediante representante, documento acreditativo de la identidad del mismo (DNI / NIF)   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| En caso de solicitudes mediante representante, documento acreditativo de la representación que ostenta  | <input type="checkbox"/>  |                       |
| Ratificación, por parte del Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas (Primera Delegación Regional), de colegiación del Director Técnico Óptico-Optometrista, cuyo nombramiento se propuso en la solicitud de autorización previa (si procede) o del que le hubiera sustituido por cese del anterior. | <input type="checkbox"/>  |                       |
| Nombramiento del Director Técnico Óptico-Optometrista (Sólo en el caso de que sea distinto al propuesto en la solicitud de autorización previa)   | <input type="checkbox"/>  |                       |
| Fotocopia del DNI/ NIF del Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto (Sólo en el caso de que sea distinto al propuesto en la solicitud de autorización previa)   |                           |                       |
| Título académico del Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto (Sólo en el caso de que sea distinto al propuesto en la solicitud de autorización previa)   | <input type="checkbox"/>  |                       |
| Seguro de responsabilidad civil del personal Técnico Óptico-Optometrista  | <input type="checkbox"/>  |                       |
| Declaración de no incurrir ninguno de los responsables del establecimiento de óptica en causa de incompatibilidad para el ejercicio de las actividades relacionadas en el artículo 3 del Decreto 14/2003  | <input type="checkbox"/>  |                       |
| Justificante del pago de la correspondiente tasa. Modelo 030  | <input type="checkbox"/>  |                       |

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

En....., a.....de..... de.....

|              |
|--------------|
| <b>FIRMA</b> |
|              |

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero RFAR, cuya finalidad es la gestión de autorizaciones de establecimientos de óptica, y no serán cedidos salvo las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>DESTINATARIO</b> |  |
|---------------------|--|