



Servicio Canario de la Salud
DIRECCIÓN

Registro de Entrada



D/D^a _____ ,
con N.I.F.: _____, en calidad de Titular / Representante legal de la entidad _____, del Centro de Reconocimiento de Conductores:

Nombre:	
Dirección:	
Municipio:	

a efectos de su incorporación en el expediente y según el art.4 del Real Decreto 170/2010, de 19 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Centros de Reconocimiento destinados a verificar las aptitudes psicofísicas de los conductores (BOC nº54, de 3 de marzo), comunica:

1.CARGOS DEL CENTRO:(*dato obligatorio*)

	Nombre y apellidos	DNI / NIE	Nacionalidad
Director			
Director Facultativo			

2.OFTALMOLOGÍA CONCERTADA CON EL CENTRO: (*dato obligatorio si tiene concierto*)

Nombre	Nº Registro

3.HORARIO FUNCIONAMIENTO:(*dato obligatorio*)

DÍA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana							
Tarde							



4.DECLARA COMO CIERTO LOS DATOS DE LOS FACULTATIVOS SANITARIOS del centro contenidos en la siguiente tabla, vigentes a día de la fecha pudiendo actuar cualquiera de ellos como director facultativo suplente y que se corresponden con la documentación obrante en el centro a disposición de la inspección: (*dato obligatorio*)

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	NACIONALIDAD	TITULACIÓN	Nº COLEGIADO

En _____ a _____ de _____ de _____
(Firma)