



MINISTERIO  
DE SANIDAD



SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL  
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL  
DE COHESIÓN Y ALTA INSPECCIÓN  
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

## SOLICITUD DE ALTA EN REPS<sup>1</sup> CENTROS REGCESS

### Datos del centro

Nombre del centro

Comunidad autónoma

Código autonómico del centro<sup>2</sup>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

### Datos del responsable del centro

Nombre del responsable

Apellidos del responsable

NIF del responsable

Correo electrónico del responsable

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Teléfono de contacto

Fecha

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Declaro que los datos que figuran en mi solicitud de registro son ciertos, asumiendo en caso contrario las responsabilidades que pudieran derivarse de su inexactitud.

Firma del/la responsable,

El presente formulario deberá ser firmado, imprescindiblemente, con [certificado electrónico](#).

<sup>1</sup> [Orden SSI/890/2017, de 15 de septiembre](#), por la que se desarrolla el Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.

<sup>2</sup> Consulte el Registro de centros, establecimientos y servicios sanitarios ([REGCESS](#)), si no lo recuerda.