



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 REPS¹ COLEGIOS PROFESIONALES

Datos del Consejo General o Colegio Profesional

Nombre del Consejo General o Colegio Profesional

Datos del responsable del Consejo General o Colegio Profesional

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,

<input type="text"/>
El presente formulario deberá ser firmado, imprescindiblemente, con certificado electrónico .

¹ [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.

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le comunicamos que los datos que incorpore en el presente formulario pasan a formar parte de nuestra base de datos, teniendo usted derecho de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición. Para ampliar información, puede consultar "[Información sobre protección de datos](#)" en REPS.