

ACEPTACIÓN COMO DIRECTOR/A

Tipo del Centro o Establecimiento Sanitario:		
Nombre comercial:		
Titularidad:		
Domicilio del Centro o Establecimiento:		
C.P. :	Localidad:	Provincia: LUGO
Nombre del Director/a:		DNI:
Titulación:		

Acepto mi responsabilidad como Director/a del citado centro o establecimiento sanitario, haciendo constar que mi presencia y actuación en el mismo será inexcusable, y que todas las funciones que se desarrollen en él se efectuarán bajo mi dirección, responsabilidad, vigilancia y control.

Y para que conste y a efectos de unir a la documentación para solicitar la autorización de funcionamiento del centro o establecimiento sanitario ante la Jefatura Territorial de la Consellería de Sanidade de Lugo, firmando esta declaración en prueba de conformidad.

_____ de _____ de 20

Fdo.- _____