

MODELO DE CERTIFICADO DEL/DE LA JEFE/A DEL EQUIPO MÉDICO-QUIRÚRGICO EN ESPECTÁCULOS TAURINOS

DATOS DEL ORGANIZADOR/A

Nombre:

NIF:

ESPECTACULO TAURINO A CELEBRARSE EN EL MUNICIPIO DE

TIPO DE ESPECTÁCULO	FECHA	HORA

D./D^a. _____ en calidad de Jefe/a del equipo médico-quirúrgico, con nº colegiado/a _____ (*indicar Colegio*), que asiste al espectáculo taurino que se celebra en la fecha y hora indicadas en el encabezamiento de este documento,

CERTIFICA:

El Jefe del equipo médico-quirúrgico que suscribe la presente certificación manifiesta que, la plaza de toros de _____, en la fecha del día _____, reúne las condiciones previstas para las instalaciones sanitarias según lo exigido en el Real Decreto 1649/1997, de 31 de octubre, por el que se regulan las instalaciones sanitarias y los servicios médico-quirúrgicos, y que: (marcar lo que proceda)

ENFERMERIA PERMANENTE

Está autorizada con nº de resolución administrativa _____ y válida hasta _____, conforme a lo establecido en el Decreto 125/2022, de 7 de diciembre, de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios en Castilla-La Mancha y de derogación y modificación de otros decretos en materia sanitaria.

QUIRÓFANO MÓVIL

Matrícula:	Autorización Sanitaria válida hasta:
Marca y Modelo:	Comunidad autónoma de
Titular:	CIF/DNI:

Está autorizado con nº de resolución administrativa _____, conforme a lo establecido en el Decreto 125/2022, de 7 de diciembre, de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios en Castilla-La Mancha y de derogación y modificación de otros decretos en materia sanitaria (o bien por otra CCAA según su normativa propia).

El **EQUIPO MÉDICO-QUIRÚRGICO** está conformado por:

	NOMBRE	Especialidad	Nº COLEG. (completo)
Jefe/a del Equipo-Médico. (Cirugía Gral/Traumatología)			
1º Médico/a Ayudante (especialidad quirúrgica)			
2º Médico/a Ayudante			
Anestesiólogo- Reanimador			
A.T.S./D.U.E.			
Personal auxiliar			

La empresa organizadora pondrá a mi disposición una UVI Móvil con la siguiente dotación:

AMBULANCIA SOPORTE VITAL AVANZADO UVI/UCI

Matrícula:	Autorización Sanitaria válida hasta:
Marca y Modelo:	Comunidad autónoma de:
Titular:	CIF/DNI:
Conductor/a:	DNI:
Conductor/a Ayudante:	DNI:
Médico/a UVI:	Nº colegiado:
ATS/DUE UVI:	Nº colegiado:

Para que conste, a petición de _____ y de conformidad con lo establecido en el art. 28.2 b) del Real Decreto 145/1996, de 2 de febrero, por el que se modifica y da nueva redacción al Reglamento de Espectáculos Taurinos, se expide el presente informe.

*Los certificados de los/las profesionales intervinientes que estén **colegiados** y de las **personas jurídicas**, deberán presentarse con firma electrónica, de conformidad con el art. 14.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).

El/La Jefe/a del Equipo Médico-Quirúrgico

(Firmado electrónicamente)