



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 BAJA 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

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

NIF/NIE del responsable

Correo electrónico del responsable

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

Teléfono de contacto

### Motivo de la baja:

Cese de actividad:

Cambio de titular<sup>3</sup>:

Jubilación:

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 <a href="#">certificado electrónico</a> . |

<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.

<sup>3</sup> El nuevo representante del centro deberá cumplimentar y firmar electrónicamente un Formulario de alta de representante.