Model de declaració responsable
d'entitat prestadora de serveis funeraris
establertes al terme municipal de Palma

Dades del declarant

Titular de l'entitat:
(Nom i llinatges/raó social)
DNI/NIF:
Denominació comercial
Serveis que presta:
(Trasllats dins l'illa, trasllats fora l'illa, tanatopràxia, tanatori i vetlla, inhumació i/o cremació, exhumació)
Domicili Social:
CP: Municipi: PALMA Província: ILLES BALEARS
Adreça electrònica: Telèfon:

Dades del representant

Nom i llinatges:
En qualitat de:
DNI/NIF:
Adreça:
CP: Municipi: PALMA Província: ILLES BALEARS
Adreça electrònica: Telèfon:

Adreça a efectes de notificacions

Adreça electrònica: Telèfon
Adreça:
CP: Municipi: PALMA Província: ILLES BALEARS

Instal·lacions i/o establiments de que disposa al terme municipal de Palma, amb indicació de la seva ubicació i del número d'expedient de la llicència d'activitats. (cementeri, tanatori, crematori, oficines, magatzems, aparcaments)

Activitat:
Ubicació:
Núm. d'expedient d'activitats:
Activitat:
Ubicació:
Núm. d'expedient d'activitats:

DECLAR RESPONSABLEMENT

Que les dades consignades són exactes, que dispòs de la documentació que ho acredita i que dits serveis i les seves instal·lacions i establiments compleix els requisits que preveu el Decret 11/2018, de 27 d'abril, pel qual es regula l'exercici de la sanitat mortuòria de les Illes Balears. A més, sé que la inexactitud, la falsedat o l'omissió, de caràcter essencial, de qualsevol dada o informació que s'incorpori a la declaració responsable, determinaran la impossibilitat de continuar l'exercici de l'activitat des del moment en què es tengui constància d'aquests fets, sens perjudici de les responsabilitats penals, civils o administratives en què es pugui incórrer.

Palma, d de de