



ANEXO II

DECLARACIÓN DE CONTINUAR CUMPLIENDO LOS REQUISITOS DE HABILITACIÓN PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL (PADI) DE NAVARRA

D/Dña:	NIF nº:
con domicilio en la localidad de:	C. Postal:
Calle:	Nº y piso:

En nombre propio o en representación de:

Persona Jurídica::	NIF nº:
con domicilio en la localidad de:	C. Postal:
Calle:	Nº y piso:

DECLARO:

que continúo cumpliendo con todos los requisitos exigidos para obtener la habilitación para prestar servicios en el marco del PADI de Navarra.

En _____ a _____ de _____ de 20____

Firma

En caso de que deban notificarse cambios

SOLICITO modificar las condiciones que señalo a continuación con relación a la habilitación en vigor:

A. Cambios en las CONSULTAS AUTORIZADAS para el PADI:

Deseo dar de **BAJA**:

Localidad	CP	Calle	Nº y piso

Deseo dar de **ALTA**:

Localidad	CP	Calle	Nº y piso	Teléfono



Declaro que la/s clínica/s dental/es anterior/es dispone/n de autorización de funcionamiento como centro sanitario por parte del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

B. Cambios en los DENTISTAS QUE PRESTAN SERVICIOS en el marco de habilitación:

Deseo dar de **BAJA** a:

Apellidos	Nombre	Nº colegiación

Deseo dar de **ALTA** a:

Apellidos	Nombre	Nº Colegiación	Vasco-parlante		DNI
			Sí	No	

La consulta donde trabaja cada profesional es:

Apellidos	Nombre	Consulta

Documentación a aportar referente a cada nuevo dentista:

1. Justificante de pago de la última cuota de colegiación en el Colegio Profesional correspondiente.
2. Justificante de pago del seguro de responsabilidad civil por riesgos profesionales, con una cobertura mínima de 300.000 euros anuales. Si dicha cobertura no aparece en el justificante de pago se adjuntará también una copia de la póliza.

En _____ a _____ de _____ de 20____

Firma