



Código Y **0420771**

En León, provincia de León, a las 9:30 horas del día 04 / 07 / 2023

D./Dña Agneta Ant. Sarrutano y D./Dña \_\_\_\_\_

Técnico/s de los Servicios de Control Oficial, se persona/n en la industria/establecimiento dedicado a la actividad de Residencia 3ª Edad

, n.º RGSEAA/REAAL \_\_\_\_\_ denominación comercial Residencia y Centro de Día

Oppea León, nombre/razón social SANTYRES S.R.L.

C/ Ave. Los Peregrinos n.º 404, con NIF/NIE n.º \_\_\_\_\_, en presencia de

D./Dña. \_\_\_\_\_, con NIF/NIE n.º \_\_\_\_\_, en su condición de

Directora, le requieren para que facilite el servicio y, como consecuencia pone/n de manifiesto los siguientes hechos:

Solicitada autorización facultativa de modificación por aumento de la oferta asistencial según Decreto 45/2005 de 23 de junio, se realiza visita de inspección al centro arriba indicados y se constata:

1. Si bien aumentado la oferta asistencial, con la unidad de psiquiatría que será ejercida por D. \_\_\_\_\_ con dedicación de un día a la semana por la tarde de 6 a 8 horas correspondiente.

2. Están ubicada la unidad en la sala de despacho médico que comparte con los profesionales D. \_\_\_\_\_ y D. \_\_\_\_\_

3. En la sala dispone de labor de asistencia manual, jabón líquido, toallas desinfectadas y jabón desinfectante, corcillo, tallavestido, etc. Así mismo, tiene cubetas bajo llave donde guardar las historias clínicas.

4. Se constata las áreas unidades instaladas en el recinto facultado la planta baja de memoria y derechos inferencias, neurología, psicología, terapia ocupacional y el gimnasio donde se realiza en la hora del finisempiterno, por último el despacho de medicación, se considera correcta todas las instalaciones.

5. En la visita están presente la directora y subdirectora de la Residencia y personal facultativo: la psicóloga Sarrutano D. Esther de Arayo Labatuy, los enfermeros D. \_\_\_\_\_, D. \_\_\_\_\_ y D. \_\_\_\_\_

**El compareciente manifiesta:** Se comprometen a enviar al C.F. del S.T. Sanidad el resultado de la visita y aceptación del cargo del responsable y del sustituto asistencial.

Y en prueba de conformidad, se levanta este acta, se firma por los presentes, y se hace entrega de un ejemplar.

EL COMPARECENTE,

EL/LOS TÉCNICOS DE LOS SERVICIOS DE CONTROL OFICIAL

[Redacted signature area]

[Redacted signature area]

**INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS:** De acuerdo con lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO DE 27 de abril de 2016 (RGPD), los datos personales recogidos en esta acta serán objeto de tratamiento con el fin de ejercer las funciones de vigilancia en salud pública y seguridad alimentaria. El responsable del tratamiento es la Dirección General de Salud Pública (Paseo de Zorrilla, 1.- 47007. Valladolid; tfo. 983 41 36 00, e-mail: protecciondatos.dgsp.sanidad@jcy.es). Los derechos de acceso; rectificación; supresión, salvo por razones de interés público en el ámbito de la salud pública y limitación los puede ejercer ante el responsable indicado. También puede reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos, mediante escrito, a la siguiente dirección: C/ Jorge Juan 6, 28001. Madrid, o a través de su Web: www.agpd.es. La información adicional sobre el tratamiento de sus datos puede consultarla en www.saludcastillayleon.es