



MODELO UNIFICADO DE SOLICITUD A CUMPLIMENTAR POR LAS EMPRESAS

DATOS DEL SOLICITANTE			
Apellidos y Nombre			DNI/NIE
En calidad de:			
DATOS DEL ARMADOR/EMPRESA ARMADORA			
Apellidos y Nombre/Razón Social:			DNI/NIF:
Domicilio:			
CP:	Localidad:		Provincia:
Teléfono		Email	
DATOS DEL BARCO			
Nombre del barco:		NIB:	Número OMI:
Tipo de Buque	Tipo de Botiquín	Navegación	Número de Tripulantes
Número de Botes:	Autorización TMP: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
RESPONSABLE SANITARIO			
Apellidos y Nombre:			DNI/NIE
PERSONA DE CONTACTO			
Apellidos y Nombre:			DNI/NIE
Teléfono:		Correo electrónico	

SOLICITA

- DOTACIÓN INICIAL O REPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL BOTIQUIN DE A BORDO
- REVISIÓN PERIODICA DEL BOTIQUÍN DE A BORDO (Solo Armador o Representante Legal)
- DOCUMENTO DEL BOTIQUÍN DE A BORDO

Lugar y fecha.

Firmado:

Si usted es un usuario no obligado a relacionarse con las Administraciones Públicas de forma electrónica y desea que, a partir de ahora, las notificaciones y comunicaciones se realicen exclusivamente de forma electrónica, comuníquenoslo en el servicio de desistimiento del canal postal en la Sede Electrónica de la Seguridad Social (<http://run.gob.es/sckwao>).



1.- SOLICITUD DE DOTACIÓN INICIAL O DE REPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS

PRINCIPIO ACTIVO	CANTIDAD	CAUSA

En caso de REPOSICIÓN se debe indicar si la solicitud está motivada por consumo, deterioro o caducidad, y además se aportará:

- Documento de control del contenido del botiquín correspondiente a la última revisión practicada.
- Certificado de la última revisión del botiquín de a bordo.



2.- SOLICITUD DE REVISIÓN PERIÓDICA DEL BOTIQUÍN DE A BORDO

Tipo de revisión:

Si la solicitud es para un botiquín de tipo C, indique el tipo de revisión que desea:

Documental

Presencial en el centro

Documentación que aporta:

- Documento de control del botiquín A
- Documento de control del botiquín B
- Documento de control del botiquín B adaptado (Túnicos)
- Documento de control del botiquín C 60
- Documento de control del botiquín C 30
- Documento de control del botiquín de bote. Número de botes
- Documento de control del equipo de oxigenoterapia para buques autorizados para el transporte de mercancías peligrosas
- Documento de control del botiquín de botes salvavidas
- Hoja de administración de fármacos.
- Otras evidencias de comprobación. Especificar: _____

3.- SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN SANITARIA DEL BOTIQUÍN DE A BORDO

- Carpeta de documentación sanitaria
- Guía sanitaria - versión reducida
- Etiquetas de señalización del botiquín
- Láminas de situación de síntomas
- Guía sanitaria - versión completa
- Etiquetas identificativas del botiquín C
- Etiquetas de señalización de la camilla

Los datos personales de este documento pasarán a formar parte de un fichero informatizado cuya titularidad corresponde al Instituto Social de la Marina. Conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (BOE 6.12.2018), podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a la Dirección del Instituto Social de la Marina, Génova 20, 4ª planta. 28004 MADRID.