

## ANEXO 2

### Modelo de declaración responsable de exhumación de cadáveres, restos humanos y restos cadavéricos del grupo II para traslado fuera del cementerio

<b>EXHUMACIÓN Y TRASLADO</b>	Registro:
------------------------------	-----------

<b>DATOS DEL DECLARANTE</b>		
Nombre y apellidos / Razón social:		DNI/NIF:
Dirección:		
CP:	Municipio:	Provincia:
<b>DATOS DEL REPRESENTANTE</b>		
Nombre y apellidos:		DNI:
Dirección:		
CP:	Municipio:	Provincia:
<b>DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIONES</b>		
Dirección:		
CP:	Municipio:	Provincia:
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:
<b>DATOS DEL TRASLADO</b>		
<b>TIPO DE TRASLADO</b> <input type="checkbox"/> Cadáver <input type="checkbox"/> Restos humanos: nombre y DNI de la persona a quien pertenecían <input type="checkbox"/> Restos cadavéricos		
<b>DATOS DEL DIFUNTO</b>		
Nombre y apellidos:		DNI/NIE:
Lugar de la defunción:		Fecha: Hora:
<b>CAUSA DE LA DEFUNCIÓN</b> <input type="checkbox"/> Causa inicial: <input type="checkbox"/> Causa inmediata:		
<b>MEDIO DE TRANSPORTE</b> <input type="checkbox"/> Tipo de vehículo: Modelo: Matrícula:		
<b>TIPO DE FÉRETRO</b> <input type="checkbox"/> Común <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Caja de restos		

<b>TÉCNICA DE PRESERVACIÓN DE CADÁVERES</b>		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Conservación transitoria <input type="checkbox"/> Embalsamamiento		
Se le tendrá que dar destino final antes de (indicar fecha):		
<b>ITINERARIO</b>		
<input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/> Marítimo		
<b>LUGAR DE LA EXHUMACIÓN</b>		
<b>Cementerio</b>		
Dirección:		
CP:	Municipio:	Provincia:
Identificación de la sepultura:		
<b>LUGAR DE LA REINHUMACIÓN/INCINERACIÓN</b>		
<input type="checkbox"/> Cementerio identificación sepultura: <input type="checkbox"/> Crematorio		
Dirección:		
CP:	Municipio:	Provincia:
<b>DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA</b>		
<input type="checkbox"/> Certificado médico de la defunción		
<input type="checkbox"/> Inscripción en el Registro Civil y licencia de entierro		
<input type="checkbox"/> Autorización judicial		
<input type="checkbox"/> Copia del DNI del declarante y del representante (solo en defecto de autorización)		
<input type="checkbox"/> Copia del NIF		
<input type="checkbox"/> Acreditación de la representación		
<input type="checkbox"/> Justificante del abono de la tasa		

**DECLARO RESPONSABLEMENTE:**

Que los datos consignados son exactos, que dispongo de la documentación que lo acredita y que la actuación cumple los requisitos previstos en el Decreto 11/2018, de 27 de abril, por el que se regula el ejercicio de la sanidad mortuoria de las Illes Balears. Asimismo, sé que el incumplimiento de esta declaración podrá dar lugar a las responsabilidades previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública; en la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears, y en la Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears.

**AUTORIZO A LA CONSEJERÍA DE SALUD A CONSULTAR LOS SIGUIENTES DATOS:**

Marque con una X la documentación que autoriza a la Dirección General de Salud Pública y Participación a consultar directamente, de acuerdo con el Decreto 6/2013, de 8 de febrero, de medidas de simplificación documental de los procedimientos administrativos:

☐ Datos de identidad (DNI) del declarante.

Nombre del representante:

Marque con una X si autoriza.

Autorizo a la Dirección General de Salud Pública y Participación a consultar directamente con los organismos correspondientes, de acuerdo con el Decreto 6/2013, de 8 de febrero, de medidas de simplificación documental de los procedimientos administrativos, los siguientes datos:

☐ Datos de identidad (DNI) [del representante]

[Rúbrica del representante]

Conforme al artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y el artículo 12 del Real Decreto 1720/2007, consiente expresamente que los datos que facilite en la solicitud se recojan y se traten en el fichero de policía sanitaria mortuoria titularidad de la Consejería de Salud (BOIB n.º 68, de 8 de mayo de 2007).

Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Dirección General de Salud Pública y Participación (calle de Jesús, 38 A, de Palma).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

[Rúbrica]

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN**

**ANEXO 3**  
**Modelo de declaración responsable de traslado de cadáveres y restos humanos incluidos en el grupo I**

<b>TRASLADO FUNERARIO GRUPO I</b>	Registro:
-----------------------------------	-----------

<b>DATOS DEL DECLARANTE</b>			
Nombre y apellidos / Razón social:			DNI/NIF:
Dirección:			
CP:	Municipio:	Provincia:	
<b>DATOS DEL REPRESENTANTE</b>			
Nombre y apellidos:			DNI:
Dirección:			
CP:	Municipio:	Provincia:	
<b>DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIONES</b>			
Dirección:			
CP:	Municipio:	Provincia:	
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:	
<b>DATOS DEL TRASLADO</b>			
<b>TIPO DE TRASLADO</b> <input type="checkbox"/> Cadáver <input type="checkbox"/> Restos humanos: nombre y DNI de la persona a quien pertenecían			
<b>DATOS DEL DIFUNTO</b>			
Nombre y apellidos:			DNI/NIE:
Lugar de la defunción:			Fecha: Hora:
<b>CAUSA DE LA DEFUNCIÓN</b> <input type="checkbox"/> Causa inicial: <input type="checkbox"/> Causa inmediata:			
<b>MEDIO DE TRANSPORTE</b> <input type="checkbox"/> Tipo de vehículo:                      Modelo:                      Matrícula:			
<b>TIPO DE FÉRETRO</b> <input type="checkbox"/> Especial			

<b>ITINERARIO</b>		
<input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/> Marítimo		
<b>LUGAR DE PARTIDA</b>		
Dirección:		
CP:	Municipio:	Provincia:
<b>LUGAR DE DESTINO</b>		
<input type="checkbox"/> Crematorio		
Dirección:		
CP:	Municipio:	Provincia:
<b>DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA</b>		
<input type="checkbox"/> Certificado médico de la defunción		
<input type="checkbox"/> Inscripción en el Registro Civil y licencia de entierro		
<input type="checkbox"/> Autorización judicial		
<input type="checkbox"/> Copia del DNI (solo en defecto de autorización) del declarante y del representante		
<input type="checkbox"/> Copia del NIF		
<input type="checkbox"/> Acreditación de la representación		
<input type="checkbox"/> Justificante del abono de la tasa		

**DECLARO RESPONSABLEMENTE:**

Que los datos consignados son exactos, que dispongo de la documentación que lo acredita y que la actuación cumple los requisitos previstos en el Decreto 11/2018, de 27 de abril, por el que se regula el ejercicio de la sanidad mortuoria de las Illes Balears. Además, sé que el incumplimiento de esta declaración podrá dar lugar a las responsabilidades previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública; en la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears, y en la Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears.

**AUTORIZO A LA CONSEJERÍA DE SALUD A CONSULTAR LOS SIGUIENTES DATOS:**

Marque con una X la documentación que autoriza a la Dirección General de Salud Pública y Participación a consultar directamente, de acuerdo con el Decreto 6/2013, de 8 de febrero, de medidas de simplificación documental de los procedimientos administrativos:

☐ Datos de identidad (DNI) del declarante.

Nombre del representante:

Marque con una X si autoriza.

AUTORIZO a la Dirección General de Salud Pública y Participación a consultar directamente con los organismos correspondientes, de acuerdo con el Decreto 6/2013, de 8 de febrero, de medidas de simplificación documental de los procedimientos administrativos, los siguientes datos:

☐ Datos de identidad (DNI) [del representante]

[Rúbrica del representante]

De acuerdo con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y el artículo 12 del Real Decreto 1720/2007, consiente expresamente que los datos que facilite en la solicitud se recojan y se traten en el fichero de policía sanitaria mortuoria titularidad de la Consejería de Salud (BOIB n.º 68, de 8 de mayo de 2007).

Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Dirección General de Salud Pública y Participación (calle de Jesús, 38 A, de Palma).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

[Rúbrica]

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN**

## ANEXO 4

### Modelo de declaración responsable de traslado interinsular o a otra comunidad autónoma de cadáveres, restos humanos y restos cadavéricos del grupo II

<b>TRASLADO FUNERARIO</b>	Registro:
---------------------------	-----------

<b>DATOS DEL DECLARANTE</b>		
Nombre y apellidos / Razón social:		DNI/NIF:
Dirección:		
CP:	Municipio:	Provincia:
<b>DATOS DEL REPRESENTANTE</b>		
Nombre y apellidos:		DNI:
Dirección:		
CP:	Municipio:	Provincia:
<b>DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIONES</b>		
Dirección:		
CP:	Municipio:	Provincia:
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:
<b>DATOS DEL TRASLADO</b>		
<b>TIPO DE TRASLADO</b> <input type="checkbox"/> Cadáver <input type="checkbox"/> Restos humanos: nombre y DNI de la persona a quien pertenecían <input type="checkbox"/> Restos cadavéricos		
<b>DATOS DEL DIFUNTO</b>		
Nombre y apellidos:		DNI/NIE:
Lugar de la defunción:		Fecha: Hora:
<b>CAUSA DE LA DEFUNCIÓN</b> <input type="checkbox"/> Causa inicial: <input type="checkbox"/> Causa inmediata:		
<b>MEDIO DE TRANSPORTE</b> <input type="checkbox"/> Tipo de vehículo:                      Modelo:                      Matrícula:		

<b>TIPO DE FÉRETRO:</b> <input type="checkbox"/> Común <input type="checkbox"/> Especial		
<b>TÉCNICA DE PRESERVACIÓN DE CADÁVERES</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Conservación transitoria <input type="checkbox"/> Embalsamamiento <b>Se le tendrá que dar destino final antes de (indicar fecha):</b>		
<b>ITINERARIO:</b> <input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/> Marítimo		
<b>LUGAR DE PARTIDA</b>		
Dirección:		
CP:	Municipio:	Provincia:
<b>LUGAR DE DESTINO</b>		
<input type="checkbox"/> Tanatorio <input type="checkbox"/> Cementerio <input type="checkbox"/> Crematorio		
Dirección:		
CP:	Municipio:	Provincia:
<b>DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA</b>		
<input type="checkbox"/> Certificado médico de la defunción		
<input type="checkbox"/> Inscripción en el Registro Civil y licencia de entierro		
<input type="checkbox"/> Certificado del técnico responsable (solo en caso de realización de técnica sanitaria)		
<input type="checkbox"/> Autorización judicial		
<input type="checkbox"/> Copia del DNI (solo en defecto de autorización) del declarante y del representante		
<input type="checkbox"/> Copia del NIF		
<input type="checkbox"/> Acreditación de la representación		
<input type="checkbox"/> Justificante del abono de la tasa		

**DECLARO RESPONSABLEMENTE:**

Que los datos consignados son exactos, que dispongo de la documentación que lo acredita y que la actuación cumple los requisitos previstos en el Decreto 11/2018, 27 de abril, por el que se regula el ejercicio de la sanidad mortuoria de las Illes Balears. Además, sé que el incumplimiento de esta declaración podrá dar lugar a las responsabilidades previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública; en la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears, y en la Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears.

**AUTORIZO A LA CONSEJERÍA DE SALUD A CONSULTAR LOS SIGUIENTES DATOS:**

Marque con una X la documentación que autoriza a la Dirección General de Salud Pública y Participación a consultar directamente, de conformidad con el Decreto 6/2013, de 8 de febrero, de medidas de simplificación documental de los procedimientos administrativos:



☐ Datos de identidad (DNI) del declarante.

Nombre del representante:

Marque con una X si autoriza.

AUTORIZO a la Dirección General de Salud Pública y Participación a consultar directamente con los organismos correspondientes, de acuerdo con el Decreto 6/2013, de 8 de febrero, de medidas de simplificación documental de los procedimientos administrativos, los siguientes datos:

☐ Datos de identidad (DNI) [del representante]

[Rúbrica del representante]

De acuerdo con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y el artículo 12 del Real Decreto 1720/2007, consiento expresamente que los datos que facilito en la solicitud se recojan y se traten en el fichero de policía sanitaria mortuoria titularidad de la Consejería de Salud (BOIB n.º 68, de 8 de mayo de 2007).

Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Dirección General de Salud Pública y Participación (calle de Jesús, 38 A, de Palma).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

[Rúbrica]

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN**

**ANEXO 5**  
**Modelo de declaración responsable para la exposición de cadáveres del grupo II en lugares públicos**

EXPOSICIÓN DE CADÁVERES EN LUGARES PÚBLICOS	Registro:
---	-----------

<b>DATOS DEL DECLARANTE</b>			
Nombre y apellidos / Razón social:			DNI/NIF:
Dirección:			
CP:	Municipio:	Provincia:	
<b>DATOS DEL REPRESENTANTE</b>			
Nombre y apellidos:			DNI:
Dirección:			
CP:	Municipio:	Provincia:	
<b>DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIONES</b>			
Dirección:			
CP:	Municipio:	Provincia:	
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:	
<b>DATOS DEL DIFUNTO</b>			
Nombre y apellidos:			DNI/NIE
Lugar de la defunción:			Fecha: Hora:
<b>CAUSA DE LA DEFUNCIÓN</b> <input type="checkbox"/> Causa inicial: <input type="checkbox"/> Causa inmediata:			
<b>MEDIO DE TRANSPORTE</b> <input type="checkbox"/> Tipo de vehículo:                      Modelo:                      Matrícula:			
<b>TIPO DE FÉRETRO:</b> <input type="checkbox"/> Común <input type="checkbox"/> Especial			
<b>LUGAR DE PARTIDA</b>			
Dirección:			
CP:	Municipio:	Provincia:	
<b>LUGAR DE DESTINO FINAL</b> <input type="checkbox"/> Cementerio <input type="checkbox"/> Crematorio			

<b>Dirección:</b>		
<b>CP:</b>	<b>Municipio:</b>	<b>Provincia:</b>
<b>LUGAR DE EXPOSICIÓN</b>		
<b>Dirección:</b>		
<b>CP:</b>	<b>Municipio:</b>	<b>Provincia:</b>
<b>PLAZO DE EXPOSICIÓN:</b>		
<b>DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Justificación de la relevancia social, política y cultural de la persona difunta</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Certificado médico de la defunción</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Inscripción en el Registro Civil y licencia de entierro</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Certificado del técnico responsable del embalsamamiento</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Autorización judicial</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Copia del DNI</b> (solo en defecto de autorización) del declarante y del representante		
<input type="checkbox"/> <b>Copia del NIF</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Acreditación de la representación</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Justificante del abono de la tasa</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Consentimiento de la familia</b>		

**DECLARO RESPONSABLEMENTE:**

Que los datos consignados son exactos, que dispongo de la documentación que lo acredita y que la actuación cumple los requisitos previstos por el Decreto 11/2018, de 27 de abril, por el que se regula el ejercicio de la sanidad mortuoria de las Illes Balears. Además, sé que el incumplimiento de esta declaración podrá dar lugar a las responsabilidades previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública; en la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears, y en la Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears.

**AUTORIZO A LA CONSEJERÍA DE SALUD A CONSULTAR LOS SIGUIENTES DATOS:**

Marque con una X la documentación que autoriza a la Dirección General de Salud Pública y Participación a consultar directamente, de conformidad con el Decreto 6/2013, de 8 de febrero, de medidas de simplificación documental de los procedimientos administrativos:

☐ Datos de identidad (DNI) del declarante y del representante.

Nombre del representante:

Marque con una X si autoriza.

AUTORIZO a la Dirección General de Salud Pública y Participación a consultar directamente con los organismos correspondientes, de acuerdo con el Decreto 6/2013, de 8 de febrero, de medidas de simplificación documental de los procedimientos administrativos, los siguientes datos:

☐ Datos de identidad (DNI) [del representante]

[Rúbrica del representante]

De acuerdo con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y el artículo 12 del Real Decreto 1720/2007, consiento expresamente que los datos que facilito en la solicitud se recojan y se traten en el fichero de policía sanitaria mortuoria titularidad de la Consejería de Salud (BOIB n.º 68, de 8 de mayo de 2007).

Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Dirección General de Salud Pública y Participación (calle de Jesús, 38 A, de Palma).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

[Rúbrica]

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN**

**ANEXO 6**  
**Modelo de declaración responsable para entierros especiales de cadáveres**  
**del grupo II**

<b>ENTIERRO ESPECIAL</b>	Registro:
--------------------------	-----------

<b>DATOS DEL DECLARANTE</b>			
Nombre y apellidos / Razón social:			DNI/NIF:
Dirección:			
CP:	Municipio:	Provincia:	
<b>DATOS DEL REPRESENTANTE</b>			
Nombre y apellidos:			DNI:
Dirección:			
CP:	Municipio:	Provincia:	
<b>DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIONES</b>			
Dirección:			
CP:	Municipio:	Provincia:	
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:	
<b>DATOS DE LA PERSONA DIFUNTA</b>			
Nombre y apellidos:			DNI/NIE:
Lugar de la defunción:			Fecha: Hora:
<b>CAUSA DE LA DEFUNCIÓN</b> <input type="checkbox"/> Causa inicial: <input type="checkbox"/> Causa inmediata:			
<b>MEDIO DE TRANSPORTE</b> <input type="checkbox"/> Tipo de vehículo:                      Modelo:                      Matrícula:			
<b>ITINERARIO:</b> <input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/> Marítimo			
<b>LUGAR Y FECHA DE LA INHUMACIÓN</b>			
<b>IGLESIA</b>			
Dirección:			
CP:	Municipio:	Provincia:	
<b>DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA</b>			

<input type="checkbox"/> <b>Certificado médico de la defunción, inscripción en el Registro Civil y licencia de entierro</b>
<input type="checkbox"/> <b>Certificación de que en la cripta no existen factores de riesgo que impidan el entierro</b>
<input type="checkbox"/> <b>Certificado del técnico responsable del embalsamamiento</b>
<input type="checkbox"/> <b>Copia del DNI</b> (solo en defecto de autorización) del declarante y del representante
<input type="checkbox"/> <b>Copia del NIF</b>
<input type="checkbox"/> <b>Acreditación de la representación</b>
<input type="checkbox"/> <b>Justificante del abono de la tasa</b>

**DECLARO RESPONSABLEMENTE:**

Que los datos consignados son exactos, que dispongo de la documentación que lo acredita y que la actuación cumple los requisitos previstos en el Decreto 11/2018, de 27 de abril, por el que se regula el ejercicio de la sanidad mortuoria de las Illes Balears. Además, sé que el incumplimiento de esta declaración podrá dar lugar a las responsabilidades previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública; en la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears, y en la Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears.

**AUTORIZO A LA CONSEJERÍA DE SALUD A CONSULTAR LOS SIGUIENTES DATOS:**

Marque con una X la documentación que autoriza a la Dirección General de Salud Pública y Participación a consultar directamente, de conformidad con el Decreto 6/2013, de 8 de febrero, de medidas de simplificación documental de los procedimientos administrativos:

- ☐ Datos de identidad (DNI) del comunicante y del representante.

Nombre del representante:

Marque con una X si autoriza.

AUTORIZO a la Dirección General de Salud Pública y Participación a consultar directamente con los organismos correspondientes, de acuerdo con el Decreto 6/2013, de 8 de febrero, de medidas de simplificación documental de los procedimientos administrativos, los siguientes datos:

- ☐ Datos de identidad (DNI) [del representante]

[Rúbrica del representante]

De acuerdo con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y el artículo 12 del Real Decreto 1720/2007, consiento expresamente que los datos que facilito en la solicitud se recojan y se traten en el fichero de policía sanitaria mortuoria titularidad de la Consejería de Salud (BOIB n.º 68, de 8 de mayo de 2007).

Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Dirección General de Salud Pública y Participación (calle de Jesús, 38 A, de Palma).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

[Rúbrica]

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN**