

MODELO DE SOLICITUD II
(Designación de Povisa como centro provisor de asistencia sanitaria especializada)

DATOS DEL SOLICITANTE

CIP	<input type="text"/>		
APELLIDOS Y NOMBRE	<input type="text"/>		
Nº de NIF/TIE	<input type="text"/>	Nº de PASAPORTE	<input type="text"/>
		CENTRO DE SALUD	<input type="text"/>
CÓDIGO S.N.S.	<input type="text"/>		
FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/>		
DOMICILIO	<input type="text"/>		
AYUNTAMIENTO	<input type="text"/>	PARROQUIA	<input type="text"/>
LUGAR	<input type="text"/>	CÓDIGO POSTAL	<input type="text"/>
TELÉFONO	<input type="text"/>	TELÉFONO MÓVIL	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>		

DATOS DEL REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRE	<input type="text"/>		
Nº de NIF/NIE	<input type="text"/>	Nº de PASAPORTE	<input type="text"/>

TIPO DE REPRESENTACIÓN

REPRESENTANTE LEGAL GUARDADOR DE HECHO REPRESENTANTE

Por el presente documento se solicita ser asignado a Povisa como centro provisor de asistencia sanitaria especializada.

La presente lleva implícita la permanencia en esta asignación hasta la apertura del siguiente periodo anual para su ejercicio.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos los datos consignados en esta solicitud,
- Que autorizo que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos, entre ellos el acceso a los datos del DNI por medios digitales, necesarias para acreditar los datos declarados con los que consten en poder de las distintas administraciones públicas competentes,
- Que actualmente no se encuentra ingresado/a en ningún centro hospitalario ni comenzó ningún tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia,

Localidad y fecha

.....de.....de.....

Firmado

(Nombre y apellidos)

En calidad de: SOLICITANTE REPRESENTANTE



PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros inscritos en el Registro General de Protección de Datos bajo responsabilidad de la Consellería de Sanidad-Servicio Gallego de Salud, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos; todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. El/la firmante autoriza el tratamiento de sus datos.

El/la firmante autoriza la cesión de los datos de carácter personal facilitados a terceros o a los encargados del tratamiento que autorice la Consellería de Sanidad-Servicio Gallego de Salud, que se obligarán a dedicarlos en exclusiva para la finalidad con la que fueron creados los ficheros de datos.

CONDICIONES DE USO DEL PROGRAMA DE COMUNICACIÓN CON LA CIUDADANÍA:

Usted participa de modo voluntario en el programa de comunicación telemática.

Este servicio solo estará disponible para los/las usuarios/as que aporten su información de contacto.

En el momento de entrega de esta solicitud deberá identificarse presentando su DNI.

En caso de solicitar información sobre personas a las que represente legalmente, deberá acreditar este hecho de manera documental.

Autoriza expresamente a que la Consellería de Sanidad le realice notificaciones a través de los números de teléfono (fijo y móvil) y de la cuenta de correo electrónico facilitados.

La recepción de mensajes SMS será gratuita para el/la paciente.

La recepción errónea de avisos, o no recepción o lectura, carecerá de efectos jurídicos en los respectivos procedimientos. La Consellería de Sanidad-Servicio Gallego de Salud no se hace responsable de las consecuencias jurídicas derivadas de la no recepción o de la recepción incorrecta de estos mensajes.

