

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

DATOS DEL SOLICITANTE:

CIP			
APELLIDOS Y NOMBRE			
Nº DE NIF/NIE		Nº DE PASAPORTE	
		CENTRO DE SALUD	
CÓDIGO SNS			
FECHA DE NACIMIENTO			
DOMICILIO			
AYUNTAMIENTO		PARROQUIA	
LUGAR		C. POSTAL	
TELÉFONO		TELÉFONO MÓVIL	
CORREO ELECTRÓNICO			

DATOS DEL REPRESENTANTE:

APELLIDOS Y NOMBRE			
Nº DE NIF/NIE		Nº DE PASAPORTE	

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 período 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 me encuentro ingresado/a en ningún centro hospitalario ni comencé 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 esto 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.