**FORMULARIO DE SUGERENCIAS, AGRADECIMIENTOS O INICIATIVAS SOBRE ASISTENCIA SANITARIA.**

TIPO DE SOLICITUD: SUGERENCIA  AGRADECIMIENTO  INICIATIVA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA SUGERENCIA, EL AGRADECIENTO O LA INICIATIVA.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF NIE Número de documento | | | | Número de documento: | | | | | |  | | | | | | | Nombre: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1º Apellido: | | |  | | | | | | | | | | | 2º Apellido: | | | | |  | | |  |
| Hombre  Mujer  Fecha de nacimiento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | | |  | | C.P.: |  | | |  | Población: | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | |  | | Teléfono móvil: | | | |  | | | | |  | | Correo electrónico: | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE DEL/DE LA QUE HACE LA SUGERENCIA, EL AGRADECIMIENTO O LA INICIATIVA.** | | | | | | | | | |
| NIF NIE Número de documento | | Número de documento: |  | | Nombre: | |  |  | |
|  | | | | | | | | | |
| 1º Apellido: |  | | | 2º Apellido: | |  | |  | |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento:  Domicilio:  Provincia:       Código Postal:       Población:  Teléfono:       Teléfono móvil:       Correo electrónico: | | | | | | | | |  | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN.** |
| Correo *postal.*  Notificación electrónica.  Correo electrónico.  Teléfono. |

|  |
| --- |
| **GERENCIA OBJETO DE LA SUGERENCIAS, AGRADECIMIENTOS O INICIATIVAS.** |
| Escriba el nombre del establecimiento o centro objeto de la sugerencia, agradecimiento o iniciativa:    Ámbito: Atención Hospitalaria  Atención Primaria  Otros |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE LA SUGERENCIA, AGRADECIMIENTO O INICIATIVA.** |
|  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA.** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Cuidados y Calidad |
| **Finalidad** | Establecer vías y registro de reclamaciones, quejas, iniciativas y sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios, centros y establecimientos del Servicio de Salud de Castilla- La Mancha. |
| **Legitimación** | Ejercicio de Poderes Públicos - Ley 14/1986,de 25 de abril, General de Sanidad (art.10.12) –Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha (art.4.1)n) – Ley 5-2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de Salud de Castilla-La Mancha. |
| **Destinatarios** | No existe cesión de datos. |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica:   [**https://rat.castillalamancha.es/info/1805**](https://rat.castillalamancha.es/info/1805) |

En      a        de       de

Firma de la persona que sugiere, agradece o plantea una iniciativa,

**TITULAR DE LA GERENCIA DE** Elija un elemento.