**SOLICITUD DE CERTIFICADO COVID DIGITAL UE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (si es representante o tutor deberá acreditarse legalmente)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE  Número de documento | | | | Número de documento: | | | | | |  | | | | | | | Nombre: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1º Apellido: | | |  | | | | | | | | | | | 2º Apellido: | | | | |  | | |  |
| En calidad de: Solicitante  Representante  Tutor  Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | | |  | | C.P.: |  | | |  | Población: | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | |  | | Teléfono móvil: | | | |  | | | | |  | | Correo electrónico: | | |  |  |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de esta solicitud se realizarán con la persona representante designado por el/la interesado/a.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**  ***Sólo rellenar en caso de no coincidir con el solicitante*** | | | | | | | | | |
| NIF  NIE Número de documento | | Número de documento: | |  | | Nombre: | |  |  |
|  | | | | | | | | | |
| 1º Apellido: |  | | | | 2º Apellido: | |  | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE LA SOLICITUD** |
| Certificado Covid Digital (CCD) de Vacunación  Certificado Covid Digital (CCD) de Recuperación  Certificado Covid Digital (CCD) de Pruebas |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| Correo *postal (Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaración responsable:**  - Declaro que son ciertos los datos reflejados en esta solicitud y los documentos aportados, y conozco que la inexactitud, falsedad u omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 69, punto 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.  - Declaro que la presente solicitud se realiza en cumplimiento de lo previsto en el Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a un marco para la expedición, verificación y aceptación de certificados interoperables de vacunación, de test y de recuperación para facilitar la libre circulación durante la pandemia de COVID-19, y únicamente con el fin de acreditar los requisitos necesarios para poder ejercer el derecho a la libre circulación entre países miembros de la Unión Europea.  **Autorizaciones:**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración Pública salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de los datos acreditativos de identidad.  Me opongo a la consulta de los datos de domicilio o residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR).  En el caso de no autorizar la comprobación de los datos indicados, se compromete a aportar la documentación pertinente.  **Documentación que se adjunta** **(indicar, en su caso):** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Secretaria General Sanidad |
| **Finalidad** | Emisión de Certificado COVID Digital UE |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.  Datos de categoría especial: 9.2.i) el tratamiento es necesario por razones de interés público en el ámbito de la salud pública del Reglamento General de Protección de Datos.  Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a un marco para la expedición, verificación y aceptación de certificados interoperables de vacunación, de test y de recuperación para facilitar la libre circulación durante la pandemia de COVID-19. |
| **Destinatarios** | 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/2051**](https://rat.castillalamancha.es/info/2051) |

En      a        de       de

Firma de la persona solicitante,

**SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA (SESCAM) -SERVICIOS CENTRALES-**

**Dirección General de Cuidados y Calidad**

**Avda. Río Guadiana, 4 – 45071 TOLEDO**