**SOLICITUD DE SUSCRIPCIÓN DE CONVENIO ESPECIAL DE PRESTACIÓN DE ASITENCIA SANITARIA.**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (Suscriptor del Convenio Especial).** |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
|  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NIF [ ]  | NIE [ ]  | PASAPORTE [ ] documento: | Número de documento |       |

 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  Fecha de Nacimiento: |       | Sexo: H [ ]  | M [ ]  | Nacionalidad |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  | Correo electrónico: |       |  |
|  |  |  |
|  Horario preferente para recibir llamadas:  |       |  |
|  |  |  |
|  Situación Laboral: |       |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (si es representante o tutor deberá acreditarse legalmente).** |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NIF [ ]  | NIE [ ]  | PASAPORTE [ ]  | Número de documento |       |

 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Sexo: H [ ]  M [ ]   | Domicilio:       |

      |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  | Correo electrónico: |       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Horario preferente para recibir llamada: |       |  |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN (RESPUESTA)** |
| [ ]  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.)* |

|  |
| --- |
| **Datos de la solicitud**  |
| **EXPONE**: Que cumpliendo los requisitos previstos en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, **SOLICITA:** La suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, en Castilla-La Mancha. |

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos para ser beneficiario** |
| **Declaraciones responsables:**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, declarando expresamente que:[ ]  No tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título, ya sea por aplicación de la normativa nacional, de los reglamentos comunitarios en materia de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que en dicha materia hayan sido suscritos por España con otros países.**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. En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**Documentación a aportar:** El interesado declara aportar los siguientes documentos: [ ]  Certificado del padrón municipal en que conste su residencia y empadronamiento de la persona interesada, sus convivientes y la fecha de alta en el mismo. [ ]  Certificados que acrediten la residencia efectiva en España durante un período continuado mínimo de un año inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud del convenio especial. |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección Gerencia Sescam |
| **Finalidad** | Necesidad de incorporar un conjunto básico común de datos de las personas que se suscriben al convenio para acceder a las prestaciones de la cartera básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto. |
| **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/2313>  |

En      a       de       de

Firma

**DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA.**