**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.**