**ANEXO I**

**SOLICITUD DE TARJETA PARA LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL SESCAM PARA PERSONAS NO REGISTRADAS NI AUTORIZADAS.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF NIE PASAPORTE | | | | | | | | | | | | Nº documento: | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| País de origen: | | | | |  | | | | | | | | Nombre: | | | | *2º Apellido:* | | | | | |  |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |  | |
| 1º Apellido: | | |  | | | | | | | | | | | | *2º Apellido* | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Domicilio en Castilla- La Mancha: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | | | | | | C.P. | |  | | | | | *Población:* | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | | | **Correo electrónico:** | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Si existe representante, las comunicaciones que deriven de esta solicitud se realizarán con el representante designado por el interesado.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF NIE | | | | | PASAPORTE  Número de documento: | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| País de origen: | | | |  | | | | | | Nombre: | | | | | 2º Apellido: | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
| 1º Apellido: | | |  | | | | | | | | 2º Apellido: | | | | |  | | | |
| Domicilio : | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | | | | | C.P. |  | | | | *Población:* | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | | | **Correo electrónico:** | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | Hombre  Mujer | | | | | | | | | | |  | | | | | |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE LA SOLICITUD** |
| De conformidad con el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud que modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud., SOLICITO:  La expedición de la Tarjeta para la Atención Sanitaria en el SESCAM.  La renovación de la Tarjeta para la Atención Sanitaria en el SESCAM. |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaración responsable:**  Que todos los datos consignados son veraces y la fotocopia de los documentos que aporta es copia fiel del original que obra en su poder, estando facultada la Administración para verificar la misma. Que conoce que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el art. 69 punto 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.  **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 acreditativos de domicilio o residencia.  En el caso de no autorizar la comprobación de los datos indicados, se compromete a aportar la documentación pertinente.  **Documentación que se adjunta**     * Documento acreditativo de la identidad de la persona solicitante. * Certificado de empadronamiento en algún municipio de Castilla-La Mancha. * Otra documentación. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Asistencia Sanitaria. |
| **Finalidad** | Necesidad de incorporar un conjunto básico común de datos de sus titulares en las tarjetas sanitarias que se emiten a los residentes en Castilla-La Mancha. |
| **Legitimación** | Ejercicio de Poderes Públicos. Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. |
| **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/1152> |

En      a       de      de

Firma de la persona solicitante,

**AL TITULAR DE LA GERENCIA**