SL5X

120054

Código SIACI

Nº Procedimiento

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR UNA ENFERMEDAD RARA**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (PACIENTE)** |
| **Son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido** |
|  NIF:[ ]  | Pasaporte/NIE:[ ]   | Número de documento |       |  |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre  **[ ]** Mujer  **[ ]**  Fecha de nacimiento        |
| Domicilio  |       |  |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       | Correo electrónico: |       |  |
|  |  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación, y en su caso de pago** |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
| NIF[ ]  Pasaporte/NIE[ ]   | Número de documento: |       |  |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  | Correo electrónico: |       |  |
|  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **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 esta opción compruebe que está usted registrada/o en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección General Humanización y Atención Sociosanitaria |
| **Finalidad** | Información y acompañamiento a personas afectadas por una enfermedad rara, mientras se mantenga la voluntad de adscripción a la Unidad. Coordinación y comunicación con recursos asistenciales sanitarios, educativos y de servicios sociales para el proceso de salud de la persona solicitante. Consultas y comunicaciones a centros de referencia o con experiencia a nivel nacional según las necesidades solicitadas o detectadas. |
| **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.a) el interesado dio su consentimiento explícito del Reglamento General de Protección de Datos; 9.2.h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social del Reglamento General de Protección de Datos.La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Ley 8/2000 de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, Ley 5/2010, de 24 de junio, de Derechos y Deberes en Materia de Salud de Castilla-La Mancha, Orden 50/2019, de 18 de marzo, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea la Unidad de Enfermedades Raras de Castilla-La Mancha |
| **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/1059**](https://rat.castillalamancha.es/info/1059) |
|  |
| **DATOS DE LA SOLICITUD**  |
| **Asunto:** Información y acompañamiento a personas afectadas por una Enfermedad Rara |
| **Solicita:** Que se realicen actuaciones de información, asesoramiento y acompañamiento al paciente solicitante. |

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN RESPONSABLE** |
| **La persona firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, comprometiéndose a aportar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello**Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal. |

|  |
| --- |
| **AUTORIZACIONES** |
| **[ ]** Autorizo que las personas responsables de la Unidad de Enfermedades Raras puedan acceder a la historia clínica de la persona solicitante.**[ ]** Autorizo que las personas responsables de la Unidad de Enfermedades Raras puedan comunicar datos relativos a mi salud a los Servicios Sanitarios y a los Servicios Sociales y Educativos, según las necesidades detectadas, y única y exclusivamente para la finalidad de esta Unidad de Apoyo a las Enfermedades Raras.En caso de no desear continuar la vinculación a la Unidad de Enfermedades Raras, así como las autorizaciones otorgadas en la solicitud, es necesaria su comunicación por correo electrónico dirigido a dghass@jccm.es o por escrito en las oficinas de registro de la administración dirigido a la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria.Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería de Sanidad podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.En particular, se recabarán lo siguientes datos, salvo que marque expresamente: [ ]  Me opongo a la consulta de datos de identidad.Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.* Documento      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración      .
* Documento      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración      .

(En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento).  |
|  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN QUE APORTA** |
| **[ ] Documento acreditativo de la representación, en su caso (*poder notarial, acta, etc.).*****[ ]  Otra documentación (*especificar*):**       |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| Este procedimiento NO conlleva tasas  |

Firma

En       , a       de       de 20

Organismo destinatario: Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria

Consejería de Sanidad Avenida de Francia, 4- 45071 Toledo

Código DIR3: A08027182