**ANEXO I**

**SOLICITUD DE TARJETA PARA LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL SESCAM**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** |
| NIF[ ]  NIE[ ]  PASAPORTE [ ]  |  Nº documento: |  |  |
|  |
| País de origen: |       | Nombre:  | *2º Apellido:* |  |
|  |  |  |  |
| 1º Apellido: |       | *2º Apellido* |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Nº de afiliación Seguridad Social |       |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Comunidad autónoma de nacimiento |       |  *Fecha de nacimiento* |  |  |
|  |  |  |
| En calidad de: |  Solicitante [ ]  Representante [ ]  Tutor [ ] País de origen:      |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |  |  |  |
| Domicilio en Castilla- La Mancha: |       |  |
|  |
| Provincia: |       | C.P. |       | *Población:* |  |  |
|  |
| **Fax:** |  | **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: |       |
| Hombre [ ]   | Mujer [ ]  |  |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE LA SOLICITUD** |
|  [ ]  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**