**FORMULARIO DE SUGERENCIAS, AGRADECIMIENTOS O INICIATIVAS SOBRE ASISTENCIA SANITARIA.**

TIPO DE SOLICITUD: SUGERENCIA [ ]  AGRADECIMIENTO [ ]  INICIATIVA [ ]

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA SUGERENCIA, EL AGRADECIENTO O LA INICIATIVA.** |
| NIF[ ]  NIE[ ]  Número de documento | Número de documento: |       | Nombre: |       |  |
|  |
| 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  Fecha de nacimiento:       |
| Domicilio:  |       |  |
|  |
|  Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
|  Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  | Correo electrónico: |       |  |
|  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE DEL/DE LA QUE HACE LA SUGERENCIA, EL AGRADECIMIENTO O LA INICIATIVA.** |
| NIF[ ]  NIE[ ]  Número de documento | Número de documento: |       | Nombre: |       |  |
|  |
| 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
| Fecha de nacimiento:      Domicilio:     Provincia:       Código Postal:       Población:      Teléfono:       Teléfono móvil:       Correo electrónico:       |  |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN.** |
| [ ]  Correo *postal.* [ ]  Notificación electrónica. [ ]  Correo electrónico. [ ]  Teléfono. |

|  |
| --- |
| **GERENCIA OBJETO DE LA SUGERENCIAS, AGRADECIMIENTOS O INICIATIVAS.** |
| Escriba el nombre del establecimiento o centro objeto de la sugerencia, agradecimiento o iniciativa:     Ámbito: Atención Hospitalaria [ ]  Atención Primaria [ ]  Otros [ ]   |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE LA SUGERENCIA, AGRADECIMIENTO O INICIATIVA.** |
|       |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA.** |
| *
*
*
*
*
*
 |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección General de Cuidados y Calidad |
| **Finalidad** | Establecer vías y registro de reclamaciones, quejas, iniciativas y sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios, centros y establecimientos del Servicio de Salud de Castilla- La Mancha. |
| **Legitimación** | Ejercicio de Poderes Públicos - Ley 14/1986,de 25 de abril, General de Sanidad (art.10.12) –Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha (art.4.1)n) – Ley 5-2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de Salud de Castilla-La Mancha. |
| **Destinatarios** | No 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/1805**](https://rat.castillalamancha.es/info/1805) |

En      a        de       de

Firma de la persona que sugiere, agradece o plantea una iniciativa,

**TITULAR DE LA GERENCIA DE** Elija un elemento.