



Gerencia
Atención
Integrada

Nº Procedimiento

30357

Código SIACI

SJRV

SOLICITUD DE ALTA/ MODIFICACIÓN TARJETA SANTIARIA INDIVIDUAL

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (si es representante o tutor deberá acreditarse legalmente)

| | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|--|---|--------------|----------------------|
| NIF <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | Número de documento: | <input type="text"/> | | |
| En calidad de: | <input type="checkbox"/> Titular | <input type="checkbox"/> Representante | Tutor (si es menor edad) <input type="checkbox"/> | | |
| Nombre: | <input type="text"/> | 1º Apellido: | <input type="text"/> | 2º Apellido: | <input type="text"/> |
| DOMICILIO : | <input type="text"/> | | | | |
| PROVINCIA: | <input type="text"/> | C.P.: | <input type="text"/> | POBLACIÓN: | <input type="text"/> |
| TELÉFONO: | <input type="text"/> | TELÉFONO MÓVIL: | <input type="text"/> | | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | <input type="text"/> | | | | |

DATOS DEL USUARIO

Sólo rellenar en caso de no coincidir con el solicitante

| | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| NIF <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | Número de documento: | <input type="text"/> | | |
| Nombre: | <input type="text"/> | 1º Apellido: | <input type="text"/> | 2º Apellido: | <input type="text"/> |

MOTIVO DE LA SOLICITUD

| ALTA / RENOVACION | MODIFICACIÓN DATOS |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alta inicial (1)* <input type="checkbox"/> Alta recién nacido (2)* <input type="checkbox"/> Alta desde otro Centro/Servicio de Salud (3)* <input type="checkbox"/> Alta/Renovación desplazamiento temporal (4)* Corta duración (1 mes) <input type="checkbox"/> Larga duración (3 meses) <input type="checkbox"/> | (5)* <input type="checkbox"/> Cambio de Teléfono de contacto. <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio, siempre que no implique cambiar de Centro de Salud. <input type="checkbox"/> (*) Comunicación NIF mayores 14 años (Se puede añadir NIF/DNI con cualquier edad, pero obligatorio es a los 14 años). |

En cumplimiento de lo establecido en la legislación vigente de Protección de Datos de Carácter Personal, el SESCAM le informa que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero denominado "gestión sanitaria" cuyo responsable es el Director Gerente del SESCAM, con la finalidad de gestión de prestaciones y servicios sanitarios.

Las cesiones de datos que se produzcan son las autorizadas en la legislación aplicable. La negativa a facilitar los datos puede suponer la imposibilidad de mantener cualquier tipo de relación con usted.

Asimismo, se le informa que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo un escrito al titular de la Dirección-Gerencia del SESCAM, Avenida Río Guadiana nº 4, CP 45071 de Toledo, o a través del correo electrónico

datospersonales@sescam.jccm.es.

ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

Declaración responsable:

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 71 bis punto 4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

AUTORIZO a este órgano gestor del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los siguientes datos:

SI **NO:** Los acreditativos de identidad.

Todo ello en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.

* DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

| | | | |
|---|------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> DNI Solicitante. <input type="checkbox"/> DNI Paciente. <input type="checkbox"/> Empadronamiento actualizado (3 meses) <input type="checkbox"/> Documento Acreditativo Asistencia Sanitaria INSS. | (1) | <input type="checkbox"/> DNI Solicitante. <input type="checkbox"/> Documento Acreditativo Asistencia Sanitaria INSS. <input type="checkbox"/> Empadronamiento actualizado (3 meses) | (2) |
| <input type="checkbox"/> DNI Solicitante. <input type="checkbox"/> TSI Servicio de Salud origen. <input type="checkbox"/> (*)Empadronamiento actualizado (3 meses), solo en traslados de otra Comunidad. | (3) | <input type="checkbox"/> DNI Solicitante. <input type="checkbox"/> TSI Servicio de Salud origen. | (4) |
| | | MODIFICACION DATOS (5) <input type="checkbox"/> DNI Solicitante. <input type="checkbox"/> DNI Usuario <input type="checkbox"/> (*) Certificado-Acreditación de la Asistencia Sanitaria INSS. | |

ASCRIPCIÓN A CUPO FACULTATIVO

Ascripción de Oficio
 Libre Elección (*) (estará condicionado disponibilidad Cupo)

Nombre del Médico

Por agrupación Familiar:

Alta Inicial/> 14 años Médico Familia
 Recien Nacidos Pediatra

En a de de

Firma del solicitante

TITULAR DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE CIUDAD REAL