Nº Procedimiento

30360

Código SIACI

SJC3

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR SALUD BUCODENTAL

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

NIF☐ NIE☐ Número de documento:

Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido:

En calidad de: Solicitante ☐ Representante ☐ Tutor ☐

Domicilio:

Provincia: C.P.: Población:

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:

CIP (código de identificación de la tarjeta sanitaria del paciente)

Letras Números

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de esta solicitud se realizarán con el representante designado por el interesado.

DATOS DEL PACIENTE

Sólo rellenar en caso de no coincidir con el solicitante

NIF☐ NIE☐ Número de documento:

Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido:

MOTIVO DE LA SOLICITUD

Tratamientos bucodentales

DATOS BANCARIOS

IBAN	Código entidad	Sucursal	DC	Número de cuenta

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** ☐ Factura correspondiente al tratamiento autorizado

En a de de

Firma del solicitante

TITULAR DE LA GERENCIA DE