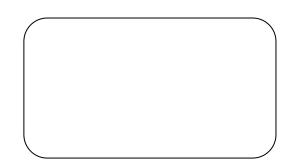




Nº Procedimiento
120051

Código SIACI

SL88



SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR QUIROPODIA BÁSICA A PACIENTES DIABÉTICOS

DATO	OS DE LA PERSONA SOL		E (si es repres mente.*)	sentante o tutor o	leberá acreditarse					
NIF□ NIE _I	☐ Número de documento:		Nombre	e:						
1° Apellido:			2° Apellido:	<u> </u>						
En calidad de:	Solicitante	Repres	sentante	Tutor 🗌						
Domicilio:										
Provincia:	C.P.:		Población:							
Teléfono:	Teléfono móvil:			electrónico**:						
el interesado.	* Si existe representante, las comunicaciones que deriven de esta solicitud se realizarán con el representante designado por el interesado. **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.									
	CIP (código de id	entificación d	le la tarjeta sani	itaria del paciente)						
	Letras		Números							
DATOS DEL PACIENTE Sólo rellenar en caso de no coincidir con el solicitante NIF NIE Número de documento: Nombre: 2º Apellido:										
MOTIVO DE LA SOLICITUD Tratamiento podológico del pie diabético.										
	MEDIO POR EL Q	OUE DESEA	A RECIBIR I	LA NOTIFICAC	ZIÓN					
Correo posta										
☐ Notificación				nica compruebe que e e sus datos son corre	está usted registrado en la ctos.)					





TITULAR DE LA CUENTA:																							
	IBAN			Cód	go ent		Sucursal			DC				Número de cuenta									
ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS																							
				_	sable		flaiad		aata	aaliai	4d	los dos	mant		outo á	los •		0700	a	lo in	ow o ot	: 6 d	folgodod y
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 69, punto 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. **Autorizaciones:** Según 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 va a proceder a verificar los siguientes datos, salvo que usted no lo autorice expresamente a continuación: NO: Los acreditativos de identidad.																							
En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.																							
Documentación que se adjunta																							
Copia del informe de la asistencia prestada.																							
[Factura extendida por el centro sanitario en el que se ha realizado el tratamiento																						

DATOS BANCARIOS DEL SOLICITANTE

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS						
Responsable	Dirección General de Asistencia Sanitaria.					
Finalidad	Gestión de prestaciones sanitarias.					
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos (Ley16/2003,28 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	Puede solicitarla en la dirección de correo: <u>protecciondatos@jccm.es</u>					

En	a	de	de

Firma del solicitante

TITULAR DE LA GERENCIA DE