Nº Procedimiento

120051

Código SIACI

SL88

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR QUIROPODIA BÁSICA A PACIENTES DIABÉTICOS

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**:

*** 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 identificación de la tarjeta sanitaria del paciente)

Letras Números

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

☐ **Tratamiento podológico del pie diabético.**

MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN

☐ Correo postal *(De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, exclusivamente para aquellos que no estén obligados a la notificación electrónica.)*

☐ Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma https://notifica.jccm.es/notifica y que sus datos son correctos.)*

DATOS BANCARIOS DEL SOLICITANTE

TITULAR DE LA CUENTA:

IBAN	Código entidad	Sucursal	DC	Número de cuenta

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 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

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: protecciondatos@jccm.es

En a de de

Firma del solicitante

TITULAR DE LA GERENCIA DE