

Modelo de solicitude II
(Designación de Povisa como centro provisor de asistencia sanitaria especializada)

DATOS DO SOLICITANTE:

CIP			
APELIDOS E NOME			
Nº de NIF/TIE		Nº de PASAPORTE	
		CENTRO DE SAÚDE	
CÓDIGO SNS			
DATA DE NACEMENTO			

ENDEREZO			
CONCELLO		PARROQUIA	
LUGAR		C. POSTAL	
TELÉFONO		TELÉFONO MÓBIL	
CORREO ELECTRÓNICO			

DATOS DO REPRESENTANTE:

APELIDOS E NOME			
Nº DE NIF/NIE		Nº DE PASAPORTE	

TIPO DE REPRESENTACIÓN:

 REPRESENTANTE LEGAL GARDADOR DE FEITO REPRESENTANTE

Mediante o presente documento solicítase ser asignado/a ao Povisa como centro provisor de asistencia sanitaria especializada.

Isto leva implícito a permanencia nesta asignación ata a apertura do seguinte período anual para o seu exercicio.

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:

- Que son certos os datos consignados nesta solicitude,
- Que autorizo que se realicen as verificacións e as consultas a ficheiros públicos, entre eles o acceso aos datos do DNI por medios dixitais, necesarias para acreditar os datos declarados cos que consten en poder das distintas administracións públicas competentes,
- Que actualmente non se encontra ingresado/a en ningún centro hospitalario nin comezou ningún tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia.

Localidade e data

..... de de

Asinado
(Nome e apelidos)En calidade de: SOLICITANTE REPRESENTANTE

CVE-DOG: zxpheov5-ntt3-nq5-5tt8-jnksqw0he7



– Protección de datos de carácter persoal:

Informámolo/a de que os datos persoais contidos nesta solicitude se integrarán nos ficheiros inscritos no Rexistro Xeral de Protección de Datos baixo a responsabilidade da Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde, cuxa finalidade e destinatarios se corresponden coa súa xestión; todo isto de conformidade cos principios de protección de datos de carácter persoal establecidos na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro.

O/a asinante autoriza o tratamento dos seus datos.

O/a asinante autoriza a cesión dos datos de carácter persoal facilitados a terceiros ou aos encargados do tratamento que autorice a Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde, que se obrigarán a dedicalos en exclusiva para a finalidade con que foron creados os ficheiros de datos.

– Condicións de uso do programa de comunicación coa cidadanía:

Vostede participa de xeito voluntario no programa de comunicación telemática.

Este servizo só estará dispoñible para os/as usuarios/as que acheguen a súa información de contacto.

No momento de entregar esta solicitude deberá identificarse amosando o seu DNI.

No caso de solicitar información sobre persoas ás cales represente legalmente, deberá acreditar este feito de maneira documental.

Autoriza expresamente que a Consellería de Sanidade lle realice notificacións a través dos números de teléfono (fixo e móbil) e da conta de correo electrónico facilitados.

A recepción de mensaxes SMS será gratuíta para o/a paciente.

A recepción errónea de avisos, ou non recepción ou lectura, carecerá de efectos xurídicos nos respectivos procedementos. A Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde non se fai responsable das consecuencias xurídicas derivadas da non recepción ou da recepción incorrecta destas mensaxes.

