

1.- SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL PARA EXTRANJEROS NO REGISTRADOS NI AUTORIZADOS (Art. 3 ter Ley 16/2003, de 28 de mayo)

DATOS DEL SOLICITANTE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		Pasaporte/Otro documento de identificación personal
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	PAÍS DE ORIGEN		
DOMICILIO ACTUAL: CALLE/VÍA/AVDA.			NÚMERO	PISO	C.P
PROVINCIA	TELÉFONO FIJO/MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS DEL REPRESENTANTE (cumplimentar sólo en caso de que el solicitante actúe por medio de representante: tutor legal o persona autorizada)		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
DNI/NIE/Otro documento de identificación personal		TELÉFONO FIJO/MÓVIL
VINCULACIÓN ENTRE EL REPRESENTANTE Y EL SOLICITANTE		
<input type="checkbox"/> Representante legal (Adjuntar documento que acredite la representación legal)		<input type="checkbox"/> Persona autorizada al efecto (Adjuntar documento que acredite la autorización expresa)

El solicitante **DECLARA** que los datos arriba indicados son ciertos y autoriza a los profesionales de la Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León a recabar, de otras administraciones, cuantos datos necesite para completar la solicitud presentada; y **SE COMPROMETE** a comunicar a la mayor brevedad los cambios de las circunstancias o requisitos que han dado lugar a su inclusión en el citado Programa.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA
<input type="checkbox"/> a) Documento acreditativo de la identidad del solicitante y del Representante, en su caso. <input type="checkbox"/> b) Documento de empadronamiento actual en algún municipio de la Comunidad Autónoma de Castilla y León y que acredite una residencia mínima de 3 meses en algún municipio de España. <input type="checkbox"/> c) Certificado que acredite la no exportación del derecho a la asistencia sanitaria desde su país de origen, únicamente en los casos en que en razón de los Reglamentos europeos o los Convenios bilaterales vigentes, ese derecho sea exportable. <input type="checkbox"/> d) Declaración responsable de no existir terceros obligados al pago

En, a de de 20.....

Fdo.:

SR/A GERENTE DE ATENCIÓN PRIMARIA/ASISTENCIA SANITARIA DE.....

Información básica sobre Protección de Datos	
Responsable	Dirección General de Innovación y Resultados en Salud
Finalidad	Gestión de la Tarjeta Sanitaria Individual y adscripción de los usuarios a los recursos sanitarios
Legitimidad	Cumplimiento de una obligación legal (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del SNS y RD 183/2004 de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual).
Destinatarios	Cesión de datos entre administraciones públicas (otros organismos sanitarios, servicios sociales y organismos oficiales de estadística con fines estadísticos, de investigación y otros previstos)
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición a las decisiones automatizadas, mediante escrito dirigido a <i>la D. G. de Innovación y Resultados en Salud, Paseo de Zorrilla, nº 1, 47007 Valladolid.</i>
Información adicional	Los datos de este formulario serán incorporados a la "Base de datos de usuarios y tarjeta sanitaria de Sacyl" Puede consultar información adicional en: http://bocyl.jcyl.es/boletines/2013/09/25/pdf/BOCYL-D-25092013-1.pdf