

**MODELO DE SOLICITUD II****(Designación de POVISA como centro provisor de asistencia sanitaria especializada)****DATOS DEL SOLICITANTE**

C.I.P.	<input type="text"/>		
APELLIDOS Y NOMBRE	<input type="text"/>		
Nº de NIF/TIE	<input type="text"/>	Nº de PASAPORTE	<input type="text"/>
		CENTRO DE SALUD	<input type="text"/>
CÓDIGO SNS	<input type="text"/>		
FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/>		
DOMICILIO	<input type="text"/>		
AYUNTAMIENTO	<input type="text"/>	PARROQUIA	<input type="text"/>
LUGAR	<input type="text"/>	C. POSTAL	<input type="text"/>
TELÉFONO	<input type="text"/>	TELÉFONO MÓVIL	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>		

**DATOS DEL REPRESENTANTE**

APELLIDOS Y NOMBRE	<input type="text"/>		
Nº de NIF/NIE	<input type="text"/>	Nº de PASAPORTE	<input type="text"/>

**TIPO DE REPRESENTACIÓN** REPRESENTANTE LEGAL    GUARDADOR DE HECHO    REPRESENTANTE**Por el presente documento se solicita ser asignado a Povisa como centro provisor de asistencia sanitaria especializada.****La presente lleva implícita la permanencia en esta asignación hasta la apertura del siguiente período anual para su ejercicio.****DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

- Que son ciertos los datos consignados en esta solicitud,
- Que autorizo que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos, entre ellos el acceso a los datos del DNI por medios digitales, necesarias para acreditar los datos declarados con los que consten en poder de las distintas administraciones públicas competentes,

*Localidad y fecha*

.....de.....de.....

Firmado

*(Nombre y apellidos)*En calidad de:  SOLICITANTE    REPRESENTANTE

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:**

Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros inscritos en el Registro General de Protección de Datos bajo responsabilidad de la Consellería de Sanidad - Servicio Gallego de Salud, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos; todo esto de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. El/La firmante autoriza el tratamiento de sus datos.

El/La firmante autoriza la cesión de los datos de carácter personal facilitados a terceros o a los encargados del tratamiento que autorice la Consellería de Sanidad-Servicio Gallego de Salud, que se obligarán a dedicarlos en exclusiva para la finalidad con la que fueron creados los ficheros de datos.

**CONDICIONES DE USO DEL PROGRAMA DE COMUNICACIÓN CON LA CIUDADANÍA:**

Usted participa de modo voluntario en el programa de comunicación telemática.

Este servicio sólo estará disponible para los/las usuarios/as que aporten su información de contacto.

En el momento de entrega de esta solicitud deberá identificarse presentando su DNI.

En caso de solicitar información sobre personas a las que represente legalmente, deberá acreditar este hecho de manera documental.

Autoriza expresamente a que la Consellería de Sanidad le realice notificaciones a través de los números de teléfono (fijo y móvil) y de la cuenta de correo electrónico facilitados.

La recepción de mensajes SMS será gratuita para el/la paciente.

La recepción errónea de avisos, o no recepción o lectura, carecerá de efectos jurídicos en los respectivos procedimientos. La Consellería de Sanidad-Servicio Gallego de Salud no se hace responsable de las consecuencias jurídicas derivadas de la no recepción o de la recepción incorrecta de estos mensajes.

