

ANEXO I

SOLICITUD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONVENIO ESPECIAL DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

DATOS DEL SOLICITANTE			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	DNI/NIE/Otro documento de identificación personal
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Provincia/País	Nacionalidad
Domicilio: Calle/Vía/Avda.		Número	Piso
			C.P.
Provincia		Localidad	

DATOS DEL REPRESENTANTE SI PROCEDE			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	DNI/NIE/Otro documento de identificación personal
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Provincia/País	Nacionalidad
Domicilio: Calle/Vía/Avda.		Número	Piso
			C.P.
Provincia		Localidad	

Código IAPA nº 2390 Modelo nº. 3924

El abajo firmante **DECLARA**, bajo su responsabilidad, a efectos de solicitar la suscripción de un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria con la Gerencia de Salud de Área/Gerencia de Asistencia Sanitaria de _____, que él/su representado **CUMPLE** el requisito de no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier título.

DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Copia del documento acreditativo de la representación, en su caso

Certificado emitido por el Ayuntamiento o Ayuntamientos correspondientes, acreditativo de la residencia efectiva y continuada en España durante un período de un año inmediatamente anterior a la solicitud del Convenio.

Certificado de la institución competente en materia de Seguridad Social o de asistencia sanitaria del país de origen acreditativo de que no procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria en España

Cuando proceda, documentación adicional

DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN VOLUNTARIA (Documentación que deberá presentar el solicitante o representante si se oponen expresamente a que la administración la obtenga o recabe)

Me opongo expresamente a que la administración obtenga los siguientes documentos que presento:

Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad del solicitante

Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad del representante

Volante de empadronamiento en el municipio de residencia del solicitante en el que conste que se encuentra empadronado en la fecha de solicitar la suscripción del convenio especial.

Declaración, lugar, fecha y firma

El abajo firmante **DECLARA**, bajo su responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y en la documentación adjunta,

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.:

Conforme al artículo 21.4 de la ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y el art.5.de la ORDEN SAN/226/2015, de 19 de marzo, por la que se desarrolla el procedimiento de suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria en Castilla y León a personas que no tengan la condición de aseguradas ni beneficiarias del Sistema Nacional de Salud se informa que el plazo para resolver y notificar este procedimiento de suscripción de convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, es de 30 días contados desde el día siguiente a la recepción de esta solicitud y la no resolución en plazo tiene efectos estimatorios. Con la presentación de esta solicitud el interesado declara recibir y conocer información sobre el mismo.

La Administración se reserva el derecho a realizar cuantas comprobaciones estime convenientes para verificar el cumplimiento de dichos datos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados de que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y de que podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos por la Ley, mediante escrito dirigido a *la Gerencia Regional de Salud- D.G. de Innovación y Resultados en Salud*, Pso. De Zorrilla, 1, 47007 Valladolid, utilizando al efecto los modelos normalizados aprobados por la Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero.

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.

SR/A GERENTE DE SALUD DE ÁREA/GERENTE DE ASISTENCIA SANITARIA DE