



PROCEDIMENTO <i>REINTEGRO DE GASTOS DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA AO ABEIRO DA ORDE DO 28 DE MAIO DE 2013 POLA QUE SE REGULA A PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA NA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA</i>	DOCUMENTO SOLICITUDE
---	-----------------------------

Os campos sinalados con * son obrigatorios

DATOS DO PERCEPTOR DA PRESTACIÓN			
NOME *	PRIMEIRO APELIDO *	SEGUNDO APELIDO *	NIF *
ENDEREZO *	LOCALIDADE *		
CÓDIGO POSTAL *	PROVINCIA *	CONCELLO *	
TELÉFONO	CIP TARXETA SANITARIA *	CORREO ELECTRÓNICO	
DATOS DE REPRESENTANTE (Achegar documento que acredite a representación)			
NOME E APELIDOS	NIF	TELÉFONO	
ENDEREZO	PROVINCIA	CONCELLO	
TIPO DE REPRESENTACIÓN			
REPRESENTANTE LEGAL	GARDADOR DE FEITO	PAI/NAI/TITOR DO MENOR (MENORES DE 18 ANOS)	REPRESENTANTE

MOTIVO DA PETICIÓN (artigo 70.1b) Lei 30/1992 do 26 de novembro:

DATOS BANCARIOS DO PERCEPTOR OU DO REPRESENTANTE

NOME DA ENTIDADE IBAN BIC

DATOS DE CONTACTO (Opcional)

Para facilitar a tramitación do servizo autorizo á Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde a utilizar os medios de contacto aquí indicados (cubrir só aqueles medios que desexen sexan empregados para futuras comunicacións).

TELÉFONO MÓBIL CORREO ELECTRÓNICO

COMPROMISO DEVOLUCIÓN DE CADEIRA DE RODA S E/OU OUTROS PRODUCTOS RECUPERABLES

D/Dna acepta as condicións establecidas na norma vixente e acepta devolver a cadeira de rodas una vez finalizado o seu uso.

Data:

Asdo:

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE

- Que son certos os datos consignados nesta solicitude.
- Autorizo á Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro e a Orde do 7 de xullo de 2009 da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, que o desenvolve, para a consulta dos meus datos de identidade nos sistemas de verificación de datos de identidade do Ministerio da Presidencia. SI NON

SINATURA (Nome e apelidos) En calidade de: PERCEPTOR DA PRESTACIÓN REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de



PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSOAL:

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter persoal, infórmoo/a de que os datos persoais recollidos nesta solicitude se incorporarán a un ficheiro, para o seu tratamento, coa finalidade da xestión deste procedemento. Vostede pode exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición previstos na lei mediante un escrito dirixido á Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde como responsable do ficheiro ao enderezo que figura ao pé desta solicitude).

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 coa 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 so 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 que represente legalmente (patria potestade ou incapacitación xudicial do solicitante), deberá acreditar este feito de maneira documental.

Autoriza expresamente a 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.