

A N E X O

SOLICITUD DE DUPLICADO DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL DE HIJO/A MENOR DE EDAD EN CASO DE PROGENITORES SEPARADOS/DIVORCIADOS QUE OSTENTEN CONJUNTAMENTE EL EJERCICIO DE LA PATRIA POTESTAD.

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre:	DNI/NIE:						
Apellido 1:	Relación de parentesco:						
Apellido 2:							
Correo electrónico*:							
Domicilio*:	Nº		Esc		Piso		Puerta
C/Avda/Pl:							
Provincia:	Localidad:				C.P.		
Teléfono:							

**Rellenar únicamente el medio a través del cual desea recibir comunicación.*

DATOS DEL MENOR

Nombre:	DNI/NIE: (Obligatorio en mayores de 14 años)
Apellido 1:	Fecha de nacimiento:
Apellido 2:	

DOCUMENTOS QUE DEBE ADJUNTARSE

- Copia del DNI/NIE del solicitante
- Copia del DNI/NIE del menor (Obligatorio en mayores de 14 años)
- Copia del documento que acredite la vinculación familiar con el/la menor de edad
- Copia **TESTIMONIADA** de la sentencia judicial y convenio regulador (si existe) o de las medidas provisionales del ejercicio de la patria potestad.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Los documentos indicados son obligatorios. La sentencia judicial, el convenio regulador o las medidas provisionales deben estar obligatoriamente TESTIMONIADAS por el Juzgado correspondiente o con notificación oficial de LEXNET.
- La no presentación de alguno de ellos supondrá la no emisión de la tarjeta solicitada.
- En el supuesto de que se produjera una variación de las circunstancias que motivan esta petición, deberá ser comunicada por escrito a la Unidad de Tramitación correspondiente.
- **EN NINGÚN CASO, la petición de duplicado de Tarjeta Sanitaria Individual del/la menor supondrá un cambio de los datos de domicilio, Centro de Salud, ni Unidad Básica Asistencial que sobre el/la menor consten en la base de datos de población protegida.**

DIRIGIDO A:

SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD. UNIDAD DE TRAMITACIÓN DEL ÁREA DE:

- BADAJOZ (A11036513) MÉRIDA (A11030303)
- DON BENITO / VILLANUEVA DE LA SERENA (A11030235) LLERENA/ZAFRA (A11030248)
- CÁCERES (A11030192) PLASENCIA (A11030369) CORIA (A11034119)
- NAVALMORAL DE LA MATA (A11030347)

En _____ a _____ de _____ 20__

Fdo: _____

El Servicio Extremeño de Salud (CIF: Q06004131) informa que los datos personales facilitados son recogidos con la finalidad de gestionar las tareas administrativas derivadas de la solicitud. Sus datos podrán ser comunicados a las Administraciones Públicas pertinentes que deban intervenir en este proceso. Puede obtener más información y ejercer sus derechos de protección de datos dirigiéndose por escrito al SES a través de cualquier vía o enviando un email a la dirección: DPD-RGPD@salud-juntaex.es