

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA SUSCRIPCIÓN DE CONVENIO ESPECIAL DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA A PERSONAS QUE NO TENGAN LA CONDICIÓN DE ASEGURADAS NI DE BENEFICIARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD DE EXTREMADURA

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nombre		Primer apellido				
Segundo apellido			DNI/NIE/otro documento de identificación			
Fecha de nacimiento	Sexo	País de nacimiento		Nacionalidad		
Dirección				N.º	Piso	Puerta
C.P.	Localidad		Provincia			

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE SI PROCEDE

Nombre		Primer apellido	
Segundo apellido		DNI/NIE/otro documento de identificación	

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

Vía/Calle			N.º	Piso	Puerta
C.P.	Localidad		Provincia		
Correo electrónico					
Teléfono fijo			Teléfono móvil		

SOLICITA

La suscripción del convenio especial para la prestación de asistencia sanitaria para personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias en el Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio (BOE de 27 de julio de 2013).

- Persona beneficiaria menor de 65 años: cuota mensual de 60 euros
- Persona beneficiaria tiene 65 o más años: cuota mensual de 157 euros

En, a de de 20

La persona solicitante/su representante

SR DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

Documentación que se aporta:

- Fotocopia del DNI/NIE/Pasaporte u otro documento acreditativo de la identidad de la persona solicitante.
- Fotocopia del DNI/NIE/Pasaporte u otro documento acreditativo de la identidad de la persona representante.
- Documento acreditativo de la representación.
- Libro de familia o certificación de la filiación.
- Documento que acredita la residencia efectiva en España o en el territorio de los demás Estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo, de Suiza o del Reino Unido, durante un periodo continuado mínimo de un año inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud original o compulsado.
- Certificado de empadronamiento en algún municipio de la Comunidad de Extremadura en el momento de presentar la solicitud.
- Anexo 1. Declaración responsable.
- Anexo 2. Orden de domiciliación bancaria firmada.

CLAÚSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Se le informa que los datos facilitados en la presente solicitud dirigida a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales se tratarán de conformidad con lo establecido en el Reglamento General de protección de Datos 2016/679 (EU) de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Responsable: Junta de Extremadura. Consejería de Salud y Servicios Sociales con domicilio en Avda. de las Américas, n.º 2. 06800.- Mérida.
Datos del contacto del delegado de protección de datos: dpd@juntaex.es.

Finalidad: El registro de solicitudes, escritos y comunicaciones dirigidas al Servicio Extremeño de Salud, con la finalidad de acreditar la presentación de esa documentación en tiempo y forma por parte de los ciudadanos y ciudadanas; así como para que el Servicio Extremeño de Salud pueda ejercer las competencias que tiene atribuidas resolviendo la pretensión ejercitada: solicitud de suscripción de convenio especial para la prestación de asistencia sanitaria.

Derechos: El interesado tiene los siguientes derechos: acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos, oposición y retirada del consentimiento prestado. Estos derechos los puede ejercitar poniéndose en contacto con el Delegado de Protección de Datos.