



**SOL·LICITUD DE LLIURE ELECCIÓ DEL SERVICI
D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA O FACULTATIU ESPECIALISTA
SOLICITUD DE LIBRE ELECCIÓN DE SERVICIO
DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA O FACULTATIVO ESPECIALISTA**

A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE			
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
NÚM. SIP		DOMICILI (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO
		CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
		DNI O NIF	
TIPUS DE REPRESENTACIÓ / TIPO DE REPRESENTACIÓN			
<input type="checkbox"/> MENORS / MENORES		<input type="checkbox"/> SENTÈNCIA D'INCAPACITAT / SENTENCIA DE INCAPACIDAD	

B ASSIGNACIÓ ACTUAL / ASIGNACIÓN ACTUAL	
DEPARTAMENT DE SALUT / DEPARTAMENTO DE SALUD	CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO
METGE D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA O SERVICI D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA / MÉDICO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA O SERVICIO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	

C LLIURE ELECCIÓ QUE SOL·LICITA / LIBRE ELECCIÓN QUE SOLICITA	
DEPARTAMENT DE SALUT / DEPARTAMENTO DE SALUD	CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO
METGE D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA O SERVICI D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA / MÉDICO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA O SERVICIO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	

D DOCUMENTACIÓ JUSTIFICATIVA QUE APORTA / DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA QUE APORTA
<input type="checkbox"/> INFORME MÈDIC D'ATENCIÓ PRIMÀRIA O ESPECIALISTA INFORME MÈDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA O ESPECIALISTA

E EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN

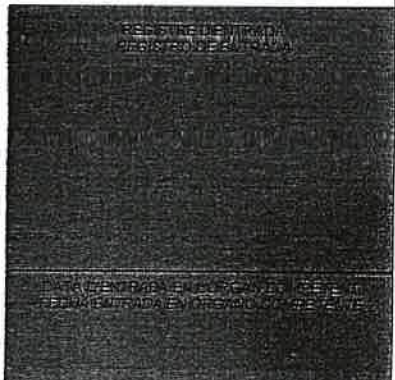
El sol·licitant o representant declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en la sol·licitud i la seua conformitat amb el que estableix l'article 6 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell.
El solicitante o su representante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente solicitud, y su conformidad con lo establecido en el artículo. 6 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell.

_____ d _____ de _____

*La persona interessada, el representant legal o la persona autoritzada
La persona interesada, su representante legal o la persona autorizada*

Firma: _____

I es dades de caràcter personal que conté este imprés es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Se l'informa que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).
Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir en un fichero cuyo tratamiento gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999).



(1/2) EXEMPLAR PER AL CENTRE / EJEMPLAR PARA EL CENTRO

CS - DGOALCAP
D.N. - A4
IA - 19108 - 01 - E