

**SOL·LICITUD DE CERTIFICAT DE L'ASSITÈNCIA SANITÀRIA
PRESTADA PEL SERVICI D'EMERGÈNCIES SANITÀRIES
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE LA ASISTENCIA SANITARIA
PRESTADA POR EL SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS**

A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI O NIF
NÚM. SIP	ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

**B DADES DEL REPRESENTANT LEGAL O PERSONA AUTORIZADA
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI O NIF
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

TIPUS DE REPRESENTACIÓ / TIPO DE REPRESENTACIÓN

- ÉS UN PACIENT MENOR D'EDAT / POR SER UN PACIENTE MENOR DE EDAD
 ÉS UN PACIENT DECLARAT INCAPAÇ JUDICIALMENT / POR UN PACIENTE DECLARADO INCAPAZ JUDICIALMENTE
 PER UNA PERSONA AUTORIZADA / POR PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA

C DADES DE L'ASSITÈNCIA MÈDICA URGENT / DATOS DE LA ASISTENCIA MÉDICA URGENTE

DATA / FECHA	HORA	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA
ADREÇA / DIRECCIÓN			

D DOCUMENTACIÓ JUSTIFICATIVA QUE S'APORTA / DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA QUE SE APORTA

- L'ACREDITACIÓ DE LA REPRESENTACIÓ, EN CAS D'INCAPACITAT
ACREDITACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD
 SI ÉS UNA AUTORIZACIÓ, EL MODEL OMPPLIT I LA FOTOCÒPIA DEL NIF DEL PACIENT
EN CASO DE AUTORIZACIÓN, MODELO CUMPLIMENTADO Y FOTOCOPIA DEL NIF DEL PACIENTE

E DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

La persona que firma declara, sota la seua responsabilitat que les dades ressenyades en esta sol·licitud són exactes i conformes amb el que estableix la legislació. La persona que firma declara, bajo su responsabilidad, que los datos reseñados en la presente solicitud son exactos y conformes con lo establecido en la legislación.

_____, ____ d _____ de _____

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

Firma: _____

Les 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. L'informem 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 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).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN EL ÓRGANO COMPETENTE

- SERVICI D'EMERGÈNCIES SANITÀRIES DE LA PROVÍNCIA D _____**
SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE LA PROVINCIA DE _____
 SERVICI D'ATENCIÓ SANITÀRIA A LES URGÈNCIES I LES EMERGÈNCIES
SERVICIO DE ATENCIÓN SANITARIA A LAS URGENCIAS Y LAS EMERGENCIAS

02/06/2015

**SOL·LICITUD DE CERTIFICAT DE L'ASSITÈNCIA SANITÀRIA
PRESTADA PEL SERVICI D'EMERGÈNCIES SANITÀRIES
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE LA ASISTENCIA SANITARIA
PRESTADA POR EL SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS**

A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI O NIF
NÚM. SIP	ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

**B DADES DEL REPRESENTANT LEGAL O PERSONA AUTORIZADA
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI O NIF
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

TIPUS DE REPRESENTACIÓ / TIPO DE REPRESENTACIÓN

- ÉS UN PACIENT MENOR D'EDAT / POR SER UN PACIENTE MENOR DE EDAD
 ÉS UN PACIENT DECLARAT INCAPAÇ JUDICIALMENT / POR UN PACIENTE DECLARADO INCAPAZ JUDICIALMENTE
 PER UNA PERSONA AUTORIZADA / POR PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA

C DADES DE L'ASSITÈNCIA MÈDICA URGENT / DATOS DE LA ASISTENCIA MÈDICA URGENTE

DATA / FECHA	HORA	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA
ADREÇA / DIRECCIÓ			

D DOCUMENTACIÓ JUSTIFICATIVA QUE S'APORTA / DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA QUE SE APORTA

- L'ACREDITACIÓ DE LA REPRESENTACIÓ, EN CAS D'INCAPACITAT
ACREDITACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD
 SI ÉS UNA AUTORIZACIÓ, EL MODEL OMLPLIT I LA FOTOCÒPIA DEL NIF DEL PACIENT
EN CASO DE AUTORIZACIÓN, MODELO CUMPLIMENTADO Y FOTOCOPIA DEL NIF DEL PACIENTE

E DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

La persona que firma declara, sota la seua responsabilitat que les dades ressenyades en esta sol·licitud són exactes i conformes amb el que estableix la legislació.
La persona que firma declara, bajo su responsabilidad, que los datos reseñados en la presente solicitud son exactos y conformes con lo establecido en la legislación.

_____, ____ d _____ de _____

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

Firma: _____

Les 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. L'informem 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 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).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN EL ÓRGANO COMPETENTE

- SERVICI D'EMERGÈNCIES SANITÀRIES DE LA PROVÍNCIA D**
SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE LA PROVINCIA DE _____
 SERVICI D'ATENCIÓ SANITÀRIA A LES URGÈNCIES I LES EMERGÈNCIES
SERVICIO DE ATENCIÓN SANITARIA A LAS URGENCIAS Y LAS EMERGENCIAS

02/06/2015