

SOLICITUD DE COPIA DE TARJETA SANITARIA SIP DE HIJO O HIJA MENOR DE EDAD PARA PROGENITORES QUE NO CONVIVEN

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre.....	Nº SIP....
Apellido 1.....	DNI/NIE.....
Apellido 2.....	Fecha Nac....
Correo Electrónico....	

DATOS DEL MENOR

Nombre.....	Nº SIP....
Apellido 1.....	DNI/NIE.....
Apellido 2.....	Fecha Nac....

DOMICILIO DEL SOLICITANTE

C/Av/Pl...:	Nº	Esc	Piso	Pta
Provincia.:	Localidad.:			Cód.Postal.:
Tel. Fijo...:	Tel. Móvil.:		Otro Tel.:	

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN

- Fotocopia DNI del solicitante o permiso de residencia para extranjeros.
 Fotocopia de la sentencia judicial o medidas provisionales.

Deseo recoger el duplicado de la tarjeta en:

- Centro de salud que tengo asignado.
 Centro de salud que tiene asignado mi hija/o.
 Dirección Territorial de Sanidad de:
 Alicante Castellón Valencia

Fecha:

Firma del solicitante

El/la que suscribe **AUTORIZA** a la Conselleria de Sanidad:

-A actualizar los datos existentes en el Sistema de Información Poblacional (SIP), con la información aportada por otras bases de datos administrativas.

-La consulta y comprobación de los datos declarados, con garantía de confidencialidad, a través del Sistema de Verificación de datos de identidad y residencia y otras Administraciones Públicas.

-Se le informa de la posibilidad de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Conselleria de Sanidad, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el Art 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

OBSERVACIONES:

- Los documentos indicados son obligatorios. 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, deberán ser comunicadas a esta Conselleria, por escrito.

REMITIR ESTA SOLICITUD A LA DIRECCION TERRITORIAL DE SANIDAD (Sección de Afiliación)