

## SOLICITUD DEL DOCUMENTO DE ASISTENCIA SANITARIA PARA PERSONAS CON PROTECCIÓN TEMPORAL

(Orden PCM/169/2022)

### Datos de la persona interesada

NIE/N.º Pasaporte	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Sexo	Nacionalidad	País de procedencia	
Fecha de nacimiento	Correo electrónico	Teléfono fijo // móvil	

### Datos de la persona representante

(cumplimentar sólo en el caso de menores, personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica o personas con capacidad de obrar que hayan autorizado ser representados por otra persona)

NIF/NIE/N.º Pasaporte	Nombre	Apellido 1	Apellido 2	Teléfono fijo/móvil
VINCULACIÓN ENTRE LA PERSONA REPRESENTANTE Y LA PERSONA INTERESADA				
Guardador de hecho	Curador	Defensor judicial	Padre/Madre o representante legal (En caso de menores)	Persona autorizada al efecto (Adjuntar documento que acredite la autorización expresa)

### Datos a efectos de notificación

Tipo de vía	Nombre de la vía	N.º	Piso	Puerta	Otros	Código postal	Localidad
Municipio	Provincia	Teléfono	Fax	Dirección de correo electrónico			

### Solicita

**Primera Solicitud**

**Renovación**

Para la obtención del documento certificativo que acredite el acceso a la prestación asistencial como solicitante de protección temporal.

### Política de Protección de datos

En cumplimiento de la ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y del Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016), a Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre se informa:

Tratamiento, registro y tramitación de solicitudes del documento de asistencia sanitaria para personas con protección temporal.

**Responsable:** Gerencia del Servicio Cántabro de Salud. Con domicilio en Avda. Cardenal Herrera Oria s/n 39011 Santander.

**Finalidad:** El registro de solicitudes, escritos y comunicaciones dirigidas al Servicio Cántabro 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 Cántabro de Salud pueda ejercer las competencias que tiene atribuidas resolviendo la pretensión ejercitada: solicitud del documento de asistencia sanitaria para personas con protección temporal.

**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 Datos: Correo electrónico [dpsanidad@cantabria.es](mailto:dpsanidad@cantabria.es)

Puede consultar información adicional en <https://www.scsalud.es/proteccion-datos>

He leído y acepto la Política de Protección de Datos

**Documentación adjunta (marque lo que proceda)**

TIPO DE DOCUMENTO	SE APORTA CON LA SOLICITUD
1. Copia del resguardo de presentación de solicitud de Protección Temporal para personas desplazadas, resolución de la concesión de ésta o la TIE (Tarjeta de Identidad de Extranjero)	

**Declaración responsable**

Son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y, en su caso, en la documentación adjunta y esta última es fiel copia de los originales. Conozco y acepto que la Administración Pública podrá comprobar, en cualquier momento, la veracidad de todos los documentos, datos y cumplimiento de los requisitos por cualquier medio admitido en Derecho.

En el supuesto de que la Administración compruebe la inexactitud de los datos declarados, el órgano gestor estará facultado para realizar las **actuaciones procedentes sin perjuicio de las responsabilidades** que pudieran corresponder en virtud de la legislación aplicable.

**Quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Servicio Cántabro de Salud cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo en los datos que figuran en la presente solicitud y en la documentación adjunta.**

**Observaciones:**

Fecha:

Firma: