



# Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

## SOLICITUD DE SUSCRIPCIÓN DE CONVENIO ESPECIAL DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

<b>1 DATOS DE LA PERSONA INTERESADA</b>			
NOMBRE		DOC. IDENTIFICACIÓN	SEXO
APELLIDO1		NIE Pasaporte	Hombre
APELLIDO2		Nº	Mujer
FECHA DE NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	
DOMICILIO			
MUNICIPIO	LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO/S		CORREO ELECTRÓNICO	

<b>2 DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIONES</b> <i>(Consignar en caso de que sea distinto al anterior)</i>			
DOMICILIO			
MUNICIPIO	LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO/S		CORREO ELECTRÓNICO	

Esta solicitud podrá formularse a través de representación voluntaria, en cuyo caso se cumplimentarán los datos de los apartados siguientes (3 y 4).

<b>3 DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE VOLUNTARIA</b>	
NOMBRE	N.º DNI/ NIE/ Pasaporte
APELLIDO 1	
APELLIDO 2	

<b>4 LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>	
Con la firma del presente escrito EL/LA REPRESENTANTE ACEPTA LA REPRESENTACIÓN CONFERIDA por la persona interesada, y declara que los datos son ciertos, así como la documentación que se adjunta, asumiendo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad en alguno de ellos.	
En ..... a .....de ..... de .....	
LA PERSONA INTERESADA	EL/LA REPRESENTANTE
Fdo.: .....	Fdo.: .....



# Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

## 5 DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑAR

*En caso de que la solicitud sea formulada por la persona interesada*

- Fotocopia del DNI/NIE/ pasaporte.
- Si la persona interesada es un menor emancipado/a: Fotocopia compulsada del documento judicial de emancipación y del DNI/NIE/pasaporte.
- Documento que acredite la residencia efectiva en España por un periodo continuado de un año.
- Certificación de empadronamiento en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

*En caso de representación voluntaria:*

- Fotocopia del DNI/NIE/pasaporte de la persona interesada.
- Fotocopia del DNI/NIE/pasaporte del/la representante.
- Documento que acredite la residencia efectiva en España por un periodo continuado de un año de la persona interesada.
- Certificación de empadronamiento en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

*En caso de que la persona interesada sea nacional de países en los que se aplican los Reglamentos Comunitarios o de países con los que España mantiene Convenios Bilaterales de Seguridad Social, que comprenda las prestaciones de asistencia sanitaria:*

- Certificado emitido por la Institución competente en materia de Seguridad Social o de asistencia sanitaria del país de procedencia, acreditativo de que no procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria en España.

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA PERSONA INTERESADA O REPRESENTANTE

La persona abajo firmante declara:

- 1º. Que no tiene la condición de asegurada ni de beneficiaria del Sistema Nacional de Salud, conforme a lo dispuesto en los artículos 2 y 3 del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto.
- 2º. Que no tiene acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título, ya sea por aplicación de la normativa nacional, de los reglamentos comunitarios en materia de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que en dicha materia hayan sido suscritos por España con otros países.

En ..... a ..... de ..... de .....

Firma de la persona interesada o representante

Fdo.: .....

## CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales le informamos que:

- a) El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.
- b) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para facilitar el ejercicio de los derechos de rectificación y/o supresión en relación a los datos de la historia de salud única de Andalucía, cuya base jurídica es el cumplimiento de una obligación legal.
- c) No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Puede consultar información detallada en:  
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/protecciondedatos>

## Normativa aplicable:

Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.