



SOLICITUD N°
FECHA

## DATOS CLÍNICOS ASISTENCIALES ANÓNIMOS

<b>1</b>	<b>ENTIDAD/CENTRO Y TITULAR SOLICITANTE</b>	
NOMBRE ENTIDAD/CENTRO		
NOMBRE DEL SOLICITANTE		CNP/DNI
UNIDAD Y PUESTO DE TRABAJO		
TELÉFONOS	EMAIL	
OTRO CONTACTO		CNP/DNI
UNIDAD Y PUESTO DE TRABAJO		
TELÉFONOS	EMAIL	

2	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO/MOTIVO DE LA SOLICITUD (1)

3 DATOS DEL FICHERO CMBD SOLICITADOS (1)	
PERIODO	ÁMBITO DEL CMBD (variables, indicadores y niveles de agregación) Hospitalización <input type="text"/> CMA <input type="text"/> HDM <input type="text"/> Urgencias <input type="text"/>
DATOS SOLICITADOS	

(1) Se acompañará de cuanta documentación se considere necesaria para proporcionar una idea bastante aproximada del alcance y finalidad de la solicitud y de los datos solicitados, referenciando el número de la solicitud de este documento.



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS**

SOLICITUD N°

FECHA

<b>4 DECLARACIÓN JURADA DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD/PROYECTO</b>	
NOMBRE DEL SOLICITANTE	CNP/DNI
UNIDAD/PUESTO DE TRABAJO	

**DECLARA**

Que dichos datos no se cederán a terceros de forma directa o indirecta, de manera total o parcial, ni serán utilizados para fines distintos para los que se han solicitado.

Que, en caso de publicación de los resultados del trabajo realizado, se citará el fichero CMBD del SSPA como fuente de datos.

Que finalizados los trabajos, se procederá a la destrucción de los datos procedentes del fichero CMBD mediante la aplicación de técnicas que impidan su reconstrucción parcial o total.

<b>5 LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
En ..... a ..... de ..... de 20.....
Fdo.:.....

<b>6 Vº Bº A LA SOLICITUD POR EL TITULAR DE LA ENTIDAD/CENTRO SOLICITANTE</b>
PERSONA TITULAR DE LA ENTIDAD/CENTRO SOLICITANTE
En ..... a ..... de ..... de 20.....
EL/LA RESPONSABLE, FIRMA Y SELLO
Fdo.:.....

**PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la Consejería de Salud y Familias le informa que los datos personales de los solicitantes obtenidos mediante la cumplimentación de esta documento/impreso/formulario, van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Así mismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión y el control de las solicitudes de datos realizadas a la Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información.

De acuerdo con lo previsto en la citada normativa, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud. Avda. de la Constitución, 18 - 41001 SEVILLA.



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS**

SOLICITUD N°

FECHA

**7 A CUMPLIMENTAR POR LA SUBDIRECCIÓN TÉCNICA ASESORA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La solicitud presentada ante la Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información, ha sido valorada por los responsables de las áreas funcionales encargados de su gestión, siendo el resultado de la misma:

ACEPTADA ☐ DENEGADA ☐

**8 MOTIVO DE LA DENEGACIÓN**

**9 OBSERVACIONES**

**10 LUGAR, FECHA Y FIRMA**

En ..... a ..... de ..... de 20.....  
EL/LA SUBDIRECTOR/A TÉCNICO/A ASESOR/A DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN, FIRMA Y SELLO

Fdo.:.....



### **INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD**

El solicitante está obligado a cumplimentar todos los ítems del formulario, a excepción de los reservados al órgano directivo responsable del fichero CMBD.

#### **(1) Entidad/ Centro y titular solicitante:**

Nombre del centro donde trabaja o desarrolla su proyecto de investigación.

##### Datos del titular solicitante

- Nombre y dos apellidos
- Código numérico personal o, en su defecto, DNI.
- Unidad y puesto de trabajo: Denominación del departamento al que está adscrito.
- Teléfonos y correo electrónico de contacto.

##### Datos de otro contacto

- Nombre y dos apellidos
- Código numérico personal o, en su defecto, DNI.
- Unidad y puesto de trabajo: Denominación del departamento al que está adscrito.
- Teléfonos y correo electrónico de contacto.

#### **(2) Descripción del proyecto / Motivo de la solicitud:**

Denominación oficial del proyecto para el que se solicitan los datos.

- Sintetizadamente, el solicitante relacionará aquellos aspectos, que por su relevancia, ofrezcan una idea bastante aproximada de su alcance y finalidad.
- El solicitante podrá adjuntar toda documentación que estime necesaria. Antes de pronunciarse sobre la solicitud, el órgano directivo responsable del fichero se reserva la facultad de recabar al solicitante más información o documentación al respecto.

#### **(3) Datos del fichero CMBD solicitados:**

- El solicitante especificará con el máximo detalle posible la información requerida, concretando las variables o indicadores, el periodo de explotación, niveles de agregación, etc...

Se sugiere que, para la cumplimentación de este apartado, cuenten -si fuera necesario- con el asesoramiento del documentalista o epidemiólogo del centro.

#### **(4) Declaración jurada.**

- El solicitante cumplimentará los apartados requeridos de la declaración jurada asumiéndola con su firma.

**Nota:** En caso de que el órgano directivo responsable del fichero aceptara la solicitud, se remitirán al solicitante los datos en soporte que garantice la confidencialidad de la información durante su envío hasta su recepción.