

**SOLICITUD DE ALTA/RENOVACIÓN DE DATOS EN BDU DE PERSONAS
EXTRANJERAS SIN RESIDENCIA LEGAL EN ANDALUCIA**

1 DATOS DEL SOLICITANTE			
NOMBRE APELLIDO1 APELLIDO2		DOC. IDENTIFICACIÓN NIE Pasaporte Nº:	Hombre Mujer
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD PAIS NACIMIENTO	Nº TARJETA SANITARIA DE ANDALUCIA Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL	
DOMICILIO HABITUAL			
MUNICIPIO	LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO/S		CORREO ELECTRÓNICO	

2 DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
Nº DNI/NIE/PASAPORTE:	
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL EJERCIDA: PADRE/MADRE	TUTOR/A LEGAL

3 DATOS DEL MÉDICO SOLICITADO	
CLAVE	(A cumplimentar por el centro) MÉDICO:
CENTRO:	

PRESTO MI CONSENTIMIENTO para el tratamiento de datos en los términos definidos en la cláusula de protección de datos incluida en este formulario

En ade de

Firma de la persona solicitante o representante legal.....

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

a) El **Responsable del tratamiento** de sus datos personales es la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud cuya dirección es Av. de la Constitución, nº 18, 41071 Sevilla (España), teléfono +34 955018000 y web

<https://juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>

b) Podrá contactar con el **Delegado de Protección de Datos** en la dirección electrónica dpd.sspa@juntadeandalucia.es

c) Los datos personales que nos indica se incorporan a la **actividad de tratamiento Base de Datos de personas Usuarios del SSPA** que tiene por **finalidad** la identificación de usuarios del SSPA para garantizar la correcta prestación de asistencia sanitaria, cumplir los derechos derivados (asignación de médico y centro, emisión de tarjeta sanitaria, documentación de la historia clínica, prescripción y dispensación de fármacos...), demandar las obligaciones pertinentes (facturación, devoluciones...), gestionar las claves médicas (cupos, retribuciones), y planificar la actividad asistencial, docente, investigadora, inspectora, estadística, etc. **La licitud de dicho tratamiento**, en el contexto de la suscripción de convenio especial de asistencia sanitaria, se basa en el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento (RGPD 6.1.c), el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento (RGPD 6.1.e), y en la ejecución de un contrato en el que el interesado es parte o para la aplicación a petición de este de medidas precontractuales (RGPD 6.1.b); todo ello consecuencia principalmente de lo establecido en el *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* (art. 3.5).

d) Puede usted ejercer sus **derechos** de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la dirección electrónica <https://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos.html>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.

e) No están previstas **cesiones de datos**, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de una obligación legal. La **información adicional** detallada se encuentra disponible en: <https://lajunta.es/sasprotecciondedatos> y en <https://lajunta.es/3vc41>



4 DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑAR

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

- Fotocopia del NIE/pasaporte de la persona interesada
- Documento que acredite la residencia efectiva en España con antelación de tres meses a la fecha de esta solicitud
- Certificación de empadronamiento en la Comunidad Autónoma de Andalucía con antelación de tres meses a fecha de esta solicitud

En caso de menores sin pasaporte o documento oficial de identidad

- Certificado de nacimiento o libro de familia

En caso de representación:

- Fotocopia del DNI/NIE/pasaporte del/la representante

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.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

(Cumplimentar todas las casillas)

No contar con cobertura de asistencia sanitaria pública por ninguna otra vía, ni la posibilidad de exportar el derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos desde mi país de procedencia

Que no existe un tercero obligado al pago de mi asistencia sanitaria

Que el traslado de mi residencia habitual a España no tiene por finalidad obtener tratamiento programado de patologías o enfermedades diagnosticadas o identificadas en mi país de procedencia.

Que, en caso de confirmarse la inexactitud o falsedad de la información facilitada para la solicitud de este Documento de Asistencia, asumo las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar, de acuerdo a la legislación de aplicación y, entre ellas, la del reintegro del importe de las prestaciones sanitarias recibidas desde la solicitud del mismo

HE SIDO INFORMADO DE QUE:

- La Administración podrá llevar a cabo las verificaciones necesarias para comprobar la validez y veracidad de la información que aporto.
- En caso de verificarse la omisión, inexactitud, falsedad o modificación de los datos y circunstancias declarados en esta solicitud, el Documento de Asistencia quedará sin efecto desde el momento en que se tenga constancia de estos hechos y de la imposibilidad de volver a presentar una nueva solicitud durante, al menos, un año.
- Estoy obligado a comunicar a la Administración cualquier cambio en mi situación o circunstancias personales que puedan afectar a mi derecho a acceder a la asistencia sanitaria pública por esta vía.

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma de la persona solicitante o representante legal

Fdo.: _____