

**SOL·LICITUD DE LLIURE ELECCIÓ DE PROFESSIONAL SANITARI
O CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
SOLICITUD DE LIBRE ELECCIÓN DE PROFESIONAL SANITARIO
O CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**
A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI O NIF
NÚM. SIP	DOMICILI (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO
DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL				
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI O NIF
TIPUS DE REPRESENTACIÓ / TIPO DE REPRESENTACIÓN				
MENORS / MENORES			SENTÈNCIA D'INCAPACITAT / SENTENCIA DE INCAPACIDAD	

B ASSIGNACIÓ ACTUAL / ASIGNACIÓN ACTUAL

DEPARTAMENT DE SALUT ASSIGNAT / DEPARTAMENTO DE SALUD ASIGNADO		CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO
METGE DE FAMÍLIA / MÉDICO DE FAMILIA	PEDIATRE / PEDIATRA	INFERMER / ENFERMERO

**C LLIURE ELECCIÓ QUE SOL·LICITA
LIBRE ELECCIÓN QUE SOLICITA**

EN EL MATEIX DEPARTAMENT DE SALUT EN EL MISMO DEPARTAMENTO DE SALUD		
EN EL DEPARTAMENT DE SALUT DE: EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE: _____	PEL MOTIU SEGÜENT: POR EL SIGUIENTE MOTIVO:	DESPLAÇAMENT TEMPORAL DE MÉS DE 6 MESOS DESPLAZAMIENTO TEMPORAL DE MÁS DE 6 MESES
		PROXIMITAT AL CENTRE LABORAL PROXIMIDAD AL CENTRO LABORAL
CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO		
METGE DE FAMÍLIA / MÉDICO DE FAMILIA	PEDIATRE / PEDIATRA	INFERMER / ENFERMERO

D DOCUMENTACIÓ JUSTIFICATIVA QUE APORTA / DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA QUE APORTA

ACREDITACIÓ DE LA REPRESENTACIÓ EN CAS D'INCAPACITAT / ACREDITACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD
DOCUMENTACIÓ ACREDITATIVA DEL DOMICILI DEL CENTRE DE TREBALL (QUAN SIGA EL MOTIU DE LA LLIURE ELECCIÓ) DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DEL DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO (CUANDO SEA EL MOTIVO DE LA LIBRE ELECCIÓN)
MODEL D'AUTORITZACIÓ (QUAN SIGA PROCEDENT) MODELO DE AUTORIZACIÓN (CUANDO PROCEDA)

E DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declare responsablement que, per motius familiars o socials, d'acord amb el que preveu la normativa que regula la lliure elecció en l'àmbit de l'atenció primària i especialitzada del Sistema Valencià de Salut, i la creació del registre autonòmic, residisc de manera ocasional a: Carrer o plaça, número i porta: _____ Municipi: _____ Província: _____	Declaro responsablemente que, por motivos familiares o sociales, de acuerdo con lo previsto en la normativa que regula la libre elección en el ámbito de la atención primaria y especializada del Sistema Valenciano de Salud, así como la creación de su Registro Autonómico, resido de forma ocasional en: Calle o plaza, nº y puerta: _____ Municipio: _____ Provincia: _____
---	--



GENERALITAT
VALENCIANA

**SOL·LICITUD DE LLIURE ELECCIÓ DE PROFESSIONAL SANITARI
O CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
SOLICITUD DE LIBRE ELECCIÓN DE PROFESIONAL SANITARIO
O CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

F EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN

El sol·licitant o representant declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades indicades en la sol·licitud i la seua conformitat amb el que estableix l'article 6 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell.

El solicitante o su representante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos indicados en la presente solicitud, y su conformidad con lo establecido en el artículo 6 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell.

_____, ____ d _____ de _____

*La persona interessada, el representant legal o la persona autoritzada
La persona interesada, representante legal o la persona autorizada*

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté este imprés es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. L'informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).

Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir en un fichero cuyo tratamiento gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN EL ÓRGANO COMPETENTE

**SOL·LICITUD DE LLIURE ELECCIÓ DE PROFESSIONAL SANITARI
O CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
SOLICITUD DE LIBRE ELECCIÓN DE PROFESIONAL SANITARIO
O CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**
A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI O NIF
NÚM. SIP	DOMICILI (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO
DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL				
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI O NIF
TIPUS DE REPRESENTACIÓ / TIPO DE REPRESENTACIÓN				
MENORS / MENORES		SENTÈNCIA D'INCAPACITAT / SENTENCIA DE INCAPACIDAD		

B ASSIGNACIÓ ACTUAL / ASIGNACIÓN ACTUAL

DEPARTAMENT DE SALUT ASSIGNAT / DEPARTAMENTO DE SALUD ASIGNADO		CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO		
METGE DE FAMÍLIA / MÉDICO DE FAMILIA	PEDIATRE / PEDIATRA		INFERMER / ENFERMERO	

**C LLIURE ELECCIÓ QUE SOL·LICITA
LIBRE ELECCIÓN QUE SOLICITA**

EN EL MATEIX DEPARTAMENT DE SALUT EN EL MISMO DEPARTAMENTO DE SALUD				
EN EL DEPARTAMENT DE SALUT DE: EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE: _____		PEL MOTIU SEGÜENT: POR EL SIGUIENTE MOTIVO:		DESPLAÇAMENT TEMPORAL DE MÉS DE 6 MESOS DESPLAZAMIENTO TEMPORAL DE MÁS DE 6 MESES
CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO				
METGE DE FAMÍLIA / MÉDICO DE FAMILIA		PEDIATRE / PEDIATRA		INFERMER / ENFERMERO
PROXIMITAT AL CENTRE LABORAL PROXIMIDAD AL CENTRO LABORAL				

D DOCUMENTACIÓ JUSTIFICATIVA QUE APORTA / DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA QUE APORTA

ACREDITACIÓ DE LA REPRESENTACIÓ EN CAS D'INCAPACITAT / ACREDITACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD				
DOCUMENTACIÓ ACREDITATIVA DEL DOMICILI DEL CENTRE DE TREBALL (QUAN SIGA EL MOTIU DE LA LLIURE ELECCIÓ) DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DEL DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO (CUANDO SEA EL MOTIVO DE LA LIBRE ELECCIÓN)				
MODEL D'AUTORITZACIÓ (QUAN SIGA PROCEDENT) MODELO DE AUTORIZACIÓN (CUANDO PROCEDA)				

E DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declare responsablement que, per motius familiars o socials, d'acord amb el que preveu la normativa que regula la lliure elecció en l'àmbit de l'atenció primària i especialitzada del Sistema Valencià de Salut, i la creació del registre autonòmic, residisc de manera ocasional a:	Declaro responsablemente que, por motivos familiares o sociales, de acuerdo con lo previsto en la normativa que regula la libre elección en el ámbito de la atención primaria y especializada del Sistema Valenciano de Salud, así como la creación de su Registro Autonómico, resido de forma ocasional en:
Carrer o plaça, número i porta:	Calle o plaza, nº y puerta:
_____	_____
Municipi: _____	Municipio: _____
Província: _____	Provincia: _____



**GENERALITAT
VALENCIANA**

**SOL·LICITUD DE LLIURE ELECCIÓ DE PROFESSIONAL SANITARI
O CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
SOLICITUD DE LIBRE ELECCIÓN DE PROFESIONAL SANITARIO
O CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

F EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN

El sol·licitant o representant declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades indicades en la sol·licitud i la seua conformitat amb el que estableix l'article 6 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell.

El solicitante o su representante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos indicados en la presente solicitud, y su conformidad con lo establecido en el artículo 6 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell.

_____, ____ d _____ de _____

*La persona interessada, el representant legal o la persona autoritzada
La persona interesada, representante legal o la persona autorizada*

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté este imprés es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. L'informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).

Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir en un fichero cuyo tratamiento gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN EL ÓRGANO COMPETENTE