



**SOL·LICITUD DE LLIURE ELECCIÓ DEL SERVICI
D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA O FACULTATIU ESPECIALISTA
SOLICITUD DE LIBRE ELECCIÓN DE SERVICIO
DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA O FACULTATIVO ESPECIALISTA**

A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|--------------------|--|--|
| COGNOMS / APELLIDOS | | NOM / NOMBRE | | DNI / 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 | | | SENTÈNCIA D'INCAPACITAT / SENTENCIA DE INCAPACIDAD | | |
| MENORS / MENORES | | | | | |

B ASSIGNACIÓ ACTUAL / ASIGNACIÓN ACTUAL

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| DEPARTAMENT DE SALUT / DEPARTAMENTO DE SALUD | | CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO | |
| METGE D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA O SERVICI D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA / MÉDICO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA O SERVICIO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA | | | |

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

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| DEPARTAMENT DE SALUT / DEPARTAMENTO DE SALUD | | CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO | |
| METGE D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA O SERVICI D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA / MÉDICO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA O SERVICIO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA | | | |

D DOCUMENTACIÓ JUSTIFICATIVA QUE APORTA / DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA QUE APORTA

INFORME MÈDIC D'ATENCIÓ PRIMÀRIA O ESPECIALISTA
INFORME MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA O ESPECIALISTA

E EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN

El sol·licitant o representant declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades 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 reseñados 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, su 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. Se l'informa 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 de 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 ÓRGANO COMPETENTE |

(1/2) EXEMPLAR PER AL CENTRE / EJEMPLAR PARA EL CENTRO

CS - DGOA/QAP

DIN - A4

IA - 19108 - 01 - E



**SOL·LICITUD DE LLIURE ELECCIÓ DEL SERVICI
D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA O FACULTATIU ESPECIALISTA
SOLICITUD DE LIBRE ELECCIÓN DE SERVICIO
DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA O FACULTATIVO ESPECIALISTA**

A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|--------------------|--|--|
| COGNOMS / APELLIDOS | | NOM / NOMBRE | | DNI / 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 | | | SENTÈNCIA D'INCAPACITAT / SENTENCIA DE INCAPACIDAD | | |
| MENORS / MENORES | | | | | |

B ASSIGNACIÓ ACTUAL / ASIGNACIÓN ACTUAL

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| DEPARTAMENT DE SALUT / DEPARTAMENTO DE SALUD | | CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO | |
| METGE D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA O SERVICI D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA / MÉDICO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA O SERVICIO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA | | | |

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

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| DEPARTAMENT DE SALUT / DEPARTAMENTO DE SALUD | | CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO | |
| METGE D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA O SERVICI D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA / MÉDICO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA O SERVICIO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA | | | |

D DOCUMENTACIÓ JUSTIFICATIVA QUE APORTA / DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA QUE APORTA

INFORME MÈDIC D'ATENCIÓ PRIMÀRIA O ESPECIALISTA
INFORME MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA O ESPECIALISTA

E EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN

El sol·licitant o representant declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades 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 reseñados 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, su 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. Se l'informa 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 de 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 ÓRGANO COMPETENTE | |

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

CS - DGOAIGAP

DIN - A4

IA - 19108 - 01 - E