

CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO

MUNICIPI / MUNICIPIO

A DADES DEL/DE LA PACIENT (*) / DATOS DEL/LA PACIENTE (*)

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

NÚM. HISTÒRIA CLÍNICA / Nº. HISTORIA CLÍNICA

DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO

NÚM. TARGETA SANITÀRIA / Nº. TARJETA SANITARIA

B DADES DE LA PERSONA INTERESSADA (*) / DATOS DE LA PERSONA INTERESADA (*)

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DNI

 DOMICILI (CARRER, PLAÇA, NÚMERO I PORTA)
DOMICILIO (CALLE, PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

C. POSTAL

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON / TELÉFONO

APORTA DOCUMENTACIÓ ANNEXA / APORTA DOCUMENTACIÓN ANEXA

 Sí

 NO

C EXPOSA / EXPONE
D SOL·LICITA / SOLICITA

_____, _____ d _____ de _____

La persona interessada / La persona interesada

Firma: _____

 REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

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

(*) Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO

MUNICIPI / MUNICIPIO

A DADES DEL/DE LA PACIENT (*) / DATOS DEL/LA PACIENTE (*)

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

NÚM. HISTÒRIA CLÍNICA / Nº. HISTORIA CLÍNICA

DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO

NÚM. TARGETA SANITÀRIA / Nº. TARJETA SANITARIA

B DADES DE LA PERSONA INTERESSADA (*) / DATOS DE LA PERSONA INTERESADA (*)

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DNI

DOMICILI (CARRER, PLAÇA, NÚMERO I PORTA)
DOMICILIO (CALLE, PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

C. POSTAL

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON / TELÉFONO

APORTA DOCUMENTACIÓ ANEXA / APORTA DOCUMENTACIÓN ANEXA

 Sí NO
C EXPOSA / EXPONE
D SOL·LICITA / SOLICITA

_____, _____ d _____ de _____

La persona interessada / La persona interesada

Firma: _____

 REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

(*) Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

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

CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO

MUNICIPI / MUNICIPIO

A DADES DEL/DE LA PACIENT (*) / DATOS DEL/LA PACIENTE (*)

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

NÚM. HISTÒRIA CLÍNICA / Nº. HISTORIA CLÍNICA

DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO

NÚM. TARGETA SANITÀRIA / Nº. TARJETA SANITARIA

B DADES DE LA PERSONA INTERESSADA (*) / DATOS DE LA PERSONA INTERESADA (*)

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DNI

 DOMICILI (CARRER, PLAÇA, NÚMERO I PORTA)
DOMICILIO (CALLE, PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

C. POSTAL

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON / TELÉFONO

APORTA DOCUMENTACIÓ ANEXA / APORTA DOCUMENTACIÓN ANEXA

 SÍ

 NO

C EXPOSA / EXPONE
D SOL·LICITA / SOLICITA

_____, _____ d _____ de _____

La persona interessada / La persona interesada

Firma: _____

 REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

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

(*) Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).