



SOLICITUD DE NUEVA TARJETA SANITARIA POR PÉRDIDA O ROTURA

Este formulario no sirve para solicitar la tarjeta por primera vez, para lo cual tiene que acudir con la documentación necesaria a su centro de salud. En el plazo de un mes se le notificará la realización de la petición solicitada.

Para tramitar el formulario es necesario que rellene los campos obligatorios, destacados mediante un asterisco (*)

[Más información sobre tarjeta sanitaria](#)

FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE NUEVA TARJETA SANITARIA POR PÉRDIDA O ROTURA

Motivo de solicitud de nueva tarjeta



Por pérdida

Por deterioro/rotura

Número de tarjeta sanitaria:



Datos del solicitante



1^{er} Apellido*:

2^o Apellido:

Nombre*:

Fecha de nacimiento*:

dd mm aaaa

Nº de Seguridad Social:

Identificación:

DNI

T. de residencia

Domicilio habitual



Calle:

Nº:

Puerta:

Piso:

Municipio*:

Código Postal:

Provincia*:

Correo electrónico:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Provincia del C.S.*:

Centro Sanitario Actual*:

Seleccione el centro de salud que
Vd. tiene asignado

ENVIAR

LIMPIAR DATOS

IMPRIMIR

NOTA:

La nueva tarjeta se le enviará al domicilio que consta en el sistema de información sobre tarjeta sanitaria. La tarjeta anterior será anulada a todos los efectos. Recuerde que si ha cambiado de domicilio deberá cumplimentar un modelo de solicitud de "Modificación de datos"