

### 1. Datos del Solicitante

- Nombre completo:
  - DNI/NIE:
  - Correo electrónico:
- 

### 2. Datos del Paciente *(En caso de ser distinto al solicitante)*

- Nombre completo:
  - DNI/NIE:
  - Fecha de nacimiento:
- 

### 3. Motivo de la Solicitud

*(Indique el motivo por el cual requiere el justificante sanitario)*

- Asistencia a consulta médica
  - Hospitalización
  - Otros:
- 

### 4. Fecha(s) Relacionada(s)

- Fecha de inicio:
  - Fecha de finalización:
- 

### 5. Detalles Adicionales

*(Indique cualquier información relevante para la emisión del justificante)*

---

### 6. Firma del Solicitante

Declaro que la información proporcionada es veraz y autorizo el tratamiento de mis datos personales para la finalidad descrita.

Firma:

Fecha:

- Autorizo expresamente a recibir mediante correo electrónico la documentación solicitada.

## Instrucciones para cumplimentar el documento

Por favor, siga estas indicaciones para rellenar correctamente la solicitud:

---

### 1. Datos del Solicitante:

- **Nombre completo:** Escriba su nombre y apellidos tal como aparecen en su documento de identificación.
- **DNI/NIE:** Introduzca su número de identificación.
- **Correo electrónico:** Introduzca un correo electrónico válido para recibir información.

---

### 2. Datos del Paciente (si aplica):

- Este apartado debe completarse solo si el solicitante no es el paciente.

---

### 3. Motivo de la Solicitud:

- Marque con una “X” la opción que mejor describa el motivo por el cual solicita el justificante.
- Si selecciona “Otros”, especifique el motivo en el espacio proporcionado.

---

### 4. Fecha(s) Relacionada(s):

- **Fecha de inicio y finalización:** Indique las fechas correspondientes al periodo para el cual solicita el justificante.
- Asegúrese de que las fechas sean correctas y coherentes.

---

### 5. Detalles Adicionales:

- Use este espacio para incluir información relevante que deba ser considerada al emitir el justificante.

---

### 6. Firma del Solicitante:

- Antes de firmar, asegúrese de que toda la información proporcionada sea correcta y completa.
- La firma y autorización del envío de la documentación es obligatoria para procesar la solicitud.

---

### Información Adicional:

- **Documentación necesaria:** debe adjuntar fotocopia o digitalización de su DNI. **Si remite la solicitud firmada electrónicamente mediante un certificado digital (FNMT o DNI electrónico), no es necesario adjuntar copia de su documento de identidad.**
- **Protección de datos:** Sus datos serán tratados de acuerdo con la normativa vigente de protección de datos.
- Para su tramitación, se debe **remite la documentación** a: [justificantes.husa@saludcastillayleon.es](mailto:justificantes.husa@saludcastillayleon.es)