

**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 llenar 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 **remitir la documentación** a: justificantes.husa@saludcastillayleon.es