

**ANEXO I**

**SOLICITUD DE SUSCRIPCION DEL CONVENIO ESPECIAL DE PRESTACION DE ASISTENCIA SANITARIA**

DATOS DEL SOLICITANTE					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	DNI/NIE/Otro documento de identificación personal
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Provincia/País	Nacionalidad		
Domicilio: Calle/Vía/Avda.		Número	Piso	C.P	Provincia
					Localidad

DATOS DEL REPRESENTANTE SI PROCEDE					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	DNI/NIE/Otro documento de identificación personal
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Provincia/País	Nacionalidad		
Domicilio: Calle/Vía/Avda.		Número	Piso	C.P	Provincia
					Localidad

El abajo firmante **DECLARA**, bajo su responsabilidad, a efectos de solicitar la suscripción de un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria con la Gerencia de Salud de Área de ....., que él/su representado **CUMPLE** el requisito de no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier título.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA
<input type="checkbox"/> Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad del solicitante
<input type="checkbox"/> Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad del representante
<input type="checkbox"/> Fotocopia del documento acreditativo de la representación, en su caso
<input type="checkbox"/> Certificado emitido por el Ayuntamiento o Ayuntamientos correspondientes, acreditativo de la residencia efectiva y continuada en España durante un período de un año inmediatamente anterior a la solicitud del Convenio.
<input type="checkbox"/> Volante de empadronamiento en el municipio de residencia del solicitante en el que conste que se encuentra empadronado en la fecha de solicitar la suscripción del convenio especial.
<input type="checkbox"/> Certificado de la institución competente en materia de Seguridad Social o de asistencia sanitaria del país de origen acreditativo de que no procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria en España
<input type="checkbox"/> Cuando proceda, documentación adicional

**AUTORIZO** a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos los datos de identidad y domicilio a través de los Sistemas de Verificación de datos de Identidad y de Residencia.

- Sí  
 No

Póngase una X en el cuadro elegido. En el caso de haber marcado la opción No, se deberá aportar fotocopia del documento acreditativo.

**Declaración, lugar, fecha y firma**

El abajo firmante **DECLARA**, bajo su responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y en la documentación adjunta,

En ....., a ..... de ..... de .....

Fdo.: .....

Conforme al artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, se informa que el plazo para resolver y notificar este procedimiento de suscripción de convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, es de 30 días contados desde el día siguiente a la recepción de esta solicitud y la no resolución en plazo tiene efectos estimatorios. Con la presentación de esta solicitud el interesado declara recibir y conocer información sobre el mismo.

El solicitante podrá presentar cualquier otro documento necesario para verificar el cumplimiento de los requisitos exigibles.

La Administración se reserva el derecho a realizar cuantas comprobaciones estime convenientes para verificar el cumplimiento de dichos datos

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados de que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y de que podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos por la Ley, mediante escrito dirigido a *la GERENCIA REGIONAL DE SALUD – DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN E INNOVACIÓN, Paseo de Zorrilla, nº 1, 47007 Valladolid*, utilizando al efecto los modelos normalizados aprobados por la Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero.

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.