



**SOLICITUD DE ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA PARA
PERSONAS SOLICITANTES DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL Y
VÍCTIMAS DE TRATA DE SERES HUMANOS (R.D.L 16/2012)**

Protección Internacional ☐ Víctimas de Trata de Seres Humanos ☐

CIP

A	S	T	U	0	0	0									
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATOS PERSONALES

Apellidos _____ Nombre _____

Documento identificativo: NIF ☐ NIE ☐ Pasaporte ☐ Otro ☐ _____

Nº

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de nacimiento: Día

--	--

 Mes

--	--

 Año

--	--	--	--

 Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐

Domicilio: Calle _____ Población _____

Municipio _____ Código postal

--	--	--	--	--

Teléfono de contacto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nacionalidad _____

HA SIDO INFORMADO DE QUE:

1. La cobertura de la asistencia sanitaria tiene carácter temporal y es válida para todo el territorio nacional.
2. Los datos declarados podrán ser comprobados por la Administración Sanitaria, a fin de poder verificar la exactitud de los mismos. Si se comprobara que alguno de ellos no se ajusta a la realidad quedará sin efecto la asistencia sanitaria que haya podido ser reconocida. Además, la falsedad de los mismos podrá dar lugar al reintegro de las cantidades correspondientes a las prestaciones de la Asistencia Sanitaria que, en su caso, se hayan recibido.
3. De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales recabados a través de este formulario serán incorporados a un fichero automatizado, titularidad de la Consejería de Sanidad, comprometiéndose dicha Consejería a guardar secreto respecto a los mismos adoptando las medidas de seguridad necesarias para velar por su confidencialidad.

Firma del solicitante

Fecha y sello del Centro