



**AUTORITZACIÓ EN EL PROCEDIMENT DE LLIURE ELECCIÓ
EN ATENCIÓ PRIMÀRIA I ESPECIALITZADA
DEL SISTEMA VALENCIÀ DE SALUT**
**AUTORIZACIÓN EN EL PROCEDIMIENTO
DE LIBRE ELECCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA
Y ESPECIALIZADA DEL SISTEMA VALENCIANO DE SALUD**

**ANNEX I
ANEXO I**

A DADES D'IDENTIFICACIÓ DE L'INTERESSAT / DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL INTERESADO

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	DNI O NIF
NUM. SIP	DOMICILI (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO

B DADES DE LA PERSONA AUTORITZADA / DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI O NIF
---------------------	--------------	-----------

Amb la firma d'este escrit, la persona interessada autoritza la persona indicada per a exercir en nom seu el dret a la lliure elecció en l'àmbit d'atenció primària i especialitzada del Sistema Valencià de Salut i, d'altra banda, la persona designada accepta l'autorització.
Con la firma del presente escrito, el interesado autoriza a la persona indicada para ejercer en su nombre el derecho a la libre elección en el ámbito de atención primaria y/o especializada del Sistema Valenciano de Salud y, por su parte, la persona designada acepta la autorización conferida.

Les persones que firmen declaren, sota la seua responsabilitat, que les dades ressenyades en esta sol·licitud són exactes i conformes amb el que estableix la legislació.
Las personas que firman declaran, bajo su responsabilidad, que los datos reseñados en la presente solicitud son exactos y conformes con lo establecido en la legislación.

_____, ____ d _____ de _____

Firma de la persona interessada:
Firma de la persona interesada: _____

Firma de la persona autoritzada:
Firma de la persona autorizada: _____

Les dades de caràcter personal que conté este imprés es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. L'informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).

Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir para su tratamiento en un fichero que gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA DE ENTRADA EN EL ÓRGANO COMPETENTE



**AUTORITZACIÓ EN EL PROCEDIMENT DE LLIURE ELECCIÓ
EN ATENCIÓ PRIMÀRIA I ESPECIALITZADA
DEL SISTEMA VALENCIÀ DE SALUT**
**AUTORIZACIÓN EN EL PROCEDIMIENTO
DE LIBRE ELECCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA
Y ESPECIALIZADA DEL SISTEMA VALENCIANO DE SALUD**

**ANNEX I
ANEXO I**

A DADES D'IDENTIFICACIÓ DE L'INTERESSAT / DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL INTERESADO

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI O NIF
NUM. SIP	DOMICILI (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO

B DADES DE LA PERSONA AUTORITZADA / DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI O NIF
---------------------	--------------	-----------

Amb la firma d'este escrit, la persona interessada autoritza la persona indicada per a exercir en nom seu el dret a la lliure elecció en l'àmbit d'atenció primària i especialitzada del Sistema Valencià de Salut i, d'altra banda, la persona designada accepta l'autorització.
Con la firma del presente escrito, el interesado autoriza a la persona indicada para ejercer en su nombre el derecho a la libre elección en el ámbito de atención primaria y/o especializada del Sistema Valenciano de Salud y, por su parte, la persona designada acepta la autorización conferida.

Les persones que firmen declaren, sota la seua responsabilitat, que les dades ressenyades en esta sol·licitud són exactes i conformes amb el que estableix la legislació.
Las personas que firman declaran, bajo su responsabilidad, que los datos reseñados en la presente solicitud son exactos y conformes con lo establecido en la legislación.

_____, ____ d _____ de _____

Firma de la persona interessada:
Firma de la persona interesada: _____

Firma de la persona autoritzada:
Firma de la persona autorizada: _____

Les dades de caràcter personal que conté este imprés es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. L'informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).

Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir para su tratamiento en un fichero que gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA DE ENTRADA EN EL ÓRGANO COMPETENTE