

CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO

MUNICIPI / MUNICIPIO

A DADES DE LA PERSONA INTERESSADA (*) / DATOS DE LA PERSONA INTERESADA (*)

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DOMICILI (CARRER, PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE, PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON / TELÉFONO

B EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN

1/3 EXEMPLAR PER AL SERVICI DE COMUNICACIÓ AMB EL PACIENT / EJEMPLAR PARA EL SERVICIO DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

CIT - IAC

DIN - A4

IA - 19500 - 01 - E

_____, ____ d _____ de _____
La persona interessada / La persona interesada

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

(*) Si desitja resposta al seu suggeriment, òmpliga els espais reservats amb les seues dades personals.
La resposta li serà remesa en un termini màxim de 15 dies.

Si desea respuesta a su sugerencia, cumplimente los espacios reservados con sus datos personales.
La respuesta le será remitida en un plazo máximo de 15 días.

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADADATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO

MUNICIPI / MUNICIPIO

A DADES DE LA PERSONA INTERESSADA (*) / DATOS DE LA PERSONA INTERESADA (*)

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DOMICILI (CARRER, PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE, PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON / TELÉFONO

B EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN

 _____, ____ d _____ de _____
 La persona interessada / La persona interesada

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

(*) Si desitja resposta al seu suggeriment, òmpliga els espais reservats amb les seues dades personals.
La resposta li serà remesa en un termini màxim de 15 dies.

Si desea respuesta a su sugerencia, cumplimente los espacios reservados con sus datos personales.
La respuesta le será remitida en un plazo máximo de 15 días.

 REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

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

CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO

MUNICIPI / MUNICIPIO

A DADES DE LA PERSONA INTERESSADA (*) / DATOS DE LA PERSONA INTERESADA (*)

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DOMICILI (CARRER, PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE, PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON / TELÉFONO

B EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN

_____, ____ d _____ de _____
La persona interessada / La persona interesada

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

(*) Si desitja resposta al seu suggeriment, òmpliga els espais reservats amb les seues dades personals.
La resposta li serà remesa en un termini màxim de 15 dies.

Si desea respuesta a su sugerencia, cumplimente los espacios reservados con sus datos personales.
La respuesta le será remitida en un plazo máximo de 15 días.

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADADATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE