

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOM / NOMBRE		COGNOMS / APELLIDOS	NIF
ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DIRECCIÓN (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		PROVÍNCIA / PROVINCIA	LOCALITAT / LOCALIDAD
CP	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC (*) / CORREO ELECTRÓNICO (*)	

B DADES DEL REPRESENTANT LEGAL (si és el cas) / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (en su caso)

NOM / NOMBRE		COGNOMS / APELLIDOS	NIF
ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DIRECCIÓN (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		PROVÍNCIA / PROVINCIA	LOCALITAT / LOCALIDAD
CP	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC (*) / CORREO ELECTRÓNICO (*)	

C DADES DE NOTIFICACIÓ / DATOS DE NOTIFICACIÓN

Indique en quina llengua desitja rebre notificacions: <i>Indique en qué lengua desea recibir notificaciones:</i>		Si el sol·licitant és persona física, accepta la notificació per mitjans electrònics <input type="checkbox"/> sí <i>Si el solicitante es persona física, acepta la notificación por medios electrónicos</i>	
<input type="checkbox"/> Valencià / Valenciano	<input type="checkbox"/> Castellà / Castellano		

EMPLENAR EN CAS QUE SIGA DIFERENT ALS APARTATS A ó B / RELLENAR EN CASO QUE SEA DIFERENTE A LOS APARTADOS A ó B

ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DIRECCIÓN (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		PROVÍNCIA / PROVINCIA	LOCALITAT / LOCALIDAD
CP	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC (*) / CORREO ELECTRÓNICO (*)	

(*) A l'efecte de la pràctica de notificacions electròniques, l'interessat haurà de disposar de certificat electrònic en els termes previstos en la seua electrònica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

(*) A efectos de la pràctica de notificacions electròniques, el interesado deberá disponer de certificado electrònic en los términos previstos en la sede electrònica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

D DOCUMENTACIÓ APORTADA / DOCUMENTACIÓN APORTADA

- Fotocòpia del DNI o NIE del sol·licitant, en cas d'oposició a la seua consulta directa per l'Administració.
Fotocopia del DNI o NIE del solicitante, en caso de oposición a su consulta directa por la Administración.
- Fotocòpia del passaport o document acreditatiu de la identitat del sol·licitant, en el cas de ciutadans estrangers no titulars de NIE
Fotocopia del pasaporte o documento acreditativo de la identidad del solicitante, en el caso de ciudadanos extranjeros no titulares de NIE
- Documentació acreditativa de la residència efectiva en Espanya durant un període continuat mínim d'un any immediatament anterior a la data de la presentació de la sol·licitud, en cas d'oposició a la seua consulta directa per l'Administració.
Documentación acreditativa de la residencia efectiva en España durante un periodo continuado mínimo de un año inmediatamente anterior a la fecha de la presentación de la solicitud, en caso de oposición a su consulta directa por la Administración.
- Certificat o volant d'empadronament en el municipi de residència del sol·licitant, en què conste que es troba empadronat en la data de sol·licitar la subscripció del conveni especial, en cas d'oposició a la seua consulta directa per l'Administració.
Certificado o 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, en caso de oposición a su consulta directa por la Administración.
- Informe o certificat de no exportació del dret a la cobertura sanitària des del seu país d'origen. OBLIGATORI per a ciutadans procedents de països de la Unió Europea y de l'Espai Shengen.
Informe o certificado de no exportación del derecho a la cobertura sanitaria desde su país de origen. OBLIGATORIO para ciudadanos procedentes de países de la Unión Europea y del espacio Shengen.
- Model de domiciliació bancària llevat que haja realitzat el tràmit automatitzat de domiciliació bancària indicat a l'apartat "informació complementària".
Modelo de domiciliación bancaria salvo que haya realizado el trámite automatizado de domiciliación bancaria indicado en el apartado "información complementaria".

**E CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ (OPOSICIÓ)
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN (OPOSICIÓ)**

D'acord amb el que disposa l'article 28 de Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, en absència d'oposició expressa per part de la persona interessada, l'òrgan gestor del procediment estarà autoritzat per a obtenir directament les dades d'identitat de la persona sol·licitant o, si és el cas, del seu representant legal i les dades de residència i empadronament de la persona sol·licitant.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28 de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, en ausencia de oposición expresa por parte de la persona interesada, el órgano gestor del procedimiento estará autorizado para obtener directamente los datos de identidad de la persona solicitante o, en su caso, de su representante legal y los datos de residencia y empadronamiento de la persona solicitante.

Excepcionalment, en el cas de que les administracions públiques no pogueren obtenir els documents esmentats, podran demanar a l'interessat que els aporte. Excepcionalmente, si las Administraciones Públicas no pudieran recabar los citados documentos, podrán solicitar al interesado su aportación.

En cas d'oposar-se al fet que l'òrgan gestor obtinga directament aquesta informació, haurà de manifestar-ho a continuació, i tindrà l'obligació d'aportar els documents corresponents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

En caso de oponerse a que el órgano gestor obtenga directamente esta información, deberá manifestarlo a continuación, quedando obligado a aportar los documentos correspondientes en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

- M'opose a l'obtenció de les dades d'identitat de la persona sol·licitant o, si és el cas, del representant legal.
Me opongo a la obtención de los datos de identidad de la persona solicitante o, en su caso, de su representante legal.
- M'opose a l'obtenció de les dades de residència de la persona sol·licitant.
Me opongo a la obtención de los datos de residencia de la persona solicitante.
- M'opose a l'obtenció de les dades d'empadronament de la persona sol·licitant.
Me opongo a la obtención de los datos de empadronamiento de la persona solicitante.

MOTIUS D'OPOSICIÓ / MOTIVOS DE OPOSICIÓN

**F DECLARACIÓ RESPONSABLE DE NO TINDRE COBERTURA SANITÀRIA
DECLARACIÓN RESPONSABLE DE NO TENER COBERTURA SANITARIA**

La persona sol·licitant **declara**, sota la seua responsabilitat, a l'efecte de sol·licitar la subscripció del conveni especial de prestació d'assistència sanitària a persones que no tenen la condició d'assegurades ni de beneficiàries del Sistema Nacional de Salut amb la Generalitat, que compleix el requisit de no tindre accés a un sistema de protecció sanitària pública per qualsevol títol.

La persona solicitante declara, bajo su responsabilidad, al efecto de solicitar la suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tienen la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud con la Generalitat, que cumple el requisito de no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier título.

Així mateix, també **declara** que, d'acord amb l'art. 69.4 de la Llei 39/2015, la inexactitud, falsedat o omissió, de caràcter essencial, de qualsevol dada o informació que s'incorpore a esta declaració responsable, o la no presentació davant de l'Administració competent de la declaració responsable la documentació que siga en el seu cas requerida per a acreditar el compliment d'allò declarat, determinarà la impossibilitat de continuar amb l'exercici del dret o activitat afectada des del moment en què es tinga constància dels fets fets, sense perjudici de les responsabilitats penals, civils o administratives a què donara lloc.

Asimismo, también declara que, de acuerdo con el art. 69.4 de la Ley 39/2015, la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a esta declaración responsable, o la no presentación ante la Administración competente de la declaración responsable la documentación que sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar.

G COMPROMÍS DE PAGAMENT DE LES QUOTES / COMPROMISO DE PAGO DE LA CUOTAS

La subscripció d'un conveni especial de prestació d'assistència sanitària determina per a la persona que el subscriba l'obligació d'abonar a la Generalitat, en concepte de contraprestació econòmica, les quotes econòmiques establides, les quals tenen la consideració de preu públic. L'obligació de pagament de les quotes derivada de la subscripció d'un conveni especial de prestació d'assistència sanitària naixerà en la data de la seua formalització i existirà mentre mantinga la seua vigència i fins a la seua extinció.

A este efecto, la persona sol·licitant es compromet a fer efectiu el pagament de les quotes econòmiques que es meriten des de la formalització del conveni especial.

La suscripción de un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria determina para la persona que lo suscriba la obligación de abonar a la Generalitat, en concepto de contraprestación económica, las cuotas económicas establecidas, las cuales tienen la consideración de precio público. La obligación de pago de las cuotas derivada de la suscripción de un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria nacerá en la fecha de su formalización y existirá mientras mantenga su vigencia y hasta su extinción.

A este efecto, la persona solicitante se compromete a hacer efectivo el pago de la cuotas económicas que se devenguen desde la formalización del convenio especial.

SÍ NO

H SOL·LICITUD / SOLICITUD

La persona indicada en l'apartat A **sol·licita** subscriure amb la Generalitat un conveni especial de prestació d'assistència sanitària a persones que no tinguen la condició d'assegurades ni de beneficiàries del Sistema Nacional de Salut.

*La persona indicada en el apartado A **solicita** suscribir con la Generalitat un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud.*

Abans de signar la comunicació, ha de llegir la informació sobre protecció de dades següent, atès que comporta el tractament de dades de caràcter personal.
Antes de firmar la comunicación, debe leer la información sobre protección de datos siguiente, dado que conlleva el tratamiento de datos de carácter personal.

_____, ____ de _____ de _____

SIGNATURA ELECTRÒNICA / FIRMA ELECTRÒNICA

(SIGNAR A MÀ NOMÉS EN CAS DE REGISTRE PRESENCIAL)
(FRMAR A MANO SOLO EN CASO DE REGISTRO PRESENCIAL)

Signatura: / Firma: _____
La persona sol·licitant o representant / La persona solicitante o representante

I INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES / INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Nom de l'activitat de tractament: sol·licitud de subscripció de conveni especial de prestació sanitària amb la Generalitat.
Nombre de la actividad de tratamiento: *solicitud de suscripción de convenio especial de prestación sanitaria con la Generalitat.*

Finalitat del tractament: Gestió de la sol·licitud de subscripció de conveni especial de prestació sanitària amb la Generalitat.
Finalidad del tratamiento: *Gestión de la solicitud de suscripción de convenio especial de prestación sanitaria con la Generalitat.*

Identitat del responsable del tractament: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
Identidad del responsable del tratamiento: *Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.*

Legitimació: RPGD 6.1 c) el tractament és necessari per al compliment d'una obligació legal aplicable al responsable del tractament. Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut.

Legitimación: *RPGD 6.1 c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*

Drets de les persones interessades: Tenen dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, la rectificació o supressió de les mateixes, a la limitació del seu tractament, a oposar-se al mateix o a no ser objecte d'una decisió basada únicament en el tractament automatitzat, inclosa l'elaboració de perfils. Les sol·licituds per exercir estos drets podran presentar-se de manera presencial o telemàtica, de conformitat amb el que preveu l'enllaç següent:

http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970

Derechos de las personas interesadas: *Tienen derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de los mismos, a la limitación de su tratamiento, a oponerse al mismo o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Las solicitudes para ejercer estos derechos, podrán presentarse de manera presencial o telemática, de conformidad con lo previsto en el siguiente enlace:*

http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970

Més informació: Podrà consultar el registre d'activitats de tractament de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública en l'adreça electrònica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrà contactar amb el Delegat de Protecció de Dades en l'adreça electrònica dpd@gva.es

Más información: *Podrá consultar el registro de actividades de tratamiento de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública en la dirección electrónica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd@gva.es*