GENERALITAT VALENCIANA

COMUNICACIÓ DE DESPLAÇAMENT TEMPORAL
COMUNICACIÓN DE DESPLAZAMIENTO TEMPORAL

A DADES DEL PACIENT / *DATOS DEL PACIENTE*

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

NÚM. SIP	DOMICILI (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP

LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / *DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL*

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

TIPUS DE REPRESENTACIÓ / *TIPO DE REPRESENTACIÓN*

☐ MENORS / *MENORES* ☐ SENTÈNCIA D'INCAPACITAT / *SENTENCIA DE INCAPACIDAD*

B DEPARTAMENT DE SALUT ASSIGNAT / *DEPARTAMENTO DE SALUD ASIGNADO*

C DOCUMENTACIÓ JUSTIFICATIVA QUE APORTA / *DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA QUE APORTA*

☐ ACREDITACIÓ DE LA REPRESENTACIÓ EN CAS D'INCAPACITAT
ACREDITACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD

☐ MODEL D'AUTORITZACIÓ (QUAN SIGA PROCEDENT)
MODELO DE AUTORIZACIÓN (CUANDO PROCEDA)

D COMUNICACIÓ / *COMUNICACIÓN*

El sotasignat comunica, sota la seua responsabilitat i en compliment del que es preveu en la normativa que regula la lliure elecció en l'àmbit de l'atenció primària i especialitzada del Sistema Valencià de Salut, així com la creació del seu Registre Autonòmic, que el pacient s'ha desplaçat per un període inferior a sis mesos al domicili situat a:

Carrer o plaça, número i porta:

_____

Municipi: _____

Província: _____ CP:_____

El abajo firmante comunica, bajo su responsabilidad y en cumplimiento de lo previsto en la normativa que regula la libre elección en el ámbito de la atención primaria y especializada del Sistema Valenciano de Salud, así como la creación de su Registro Autonómico, que el paciente se ha desplazado por un periodo inferior a seis meses al domicilio sito en:

Calle o plaza, nº y puerta:

_____

Municipio: _____

Provincia: _____ *CP:*_____

La persona que firma declara, sota la seua responsabilitat, que les dades ressenyades en esta sol•licitud són exactes i conformes amb el que establix la legislació.
La persona que firma declara, bajo su responsabilidad, que los datos reseñados en la presente solicitud son exactos y conformes con lo establecido en la legislación.

_____, ____ d_____ de _____

La persona interessada, el representant legal o la persona autoritzada
La persona interesada, su representante legal o la persona autorizada

Firma:_____

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 en un fichero cuyo tratamiento 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 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 ENTRADA EN EL ÓRGANO COMPETENTE

CAP DE LA ZONA BÀSICA DEL CENTRE DE SALUT DESPLAÇAT / COMISSIONAT DEL DEPARTAMENT DE SALUT DESPLAÇAT
JEFE DE ZONA BÁSICA DEL CENTRO DE SALUD DESPLAZADO / COMISIONADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DESPLAZADO

GENERALITAT VALENCIANA

COMUNICACIÓ DE DESPLAÇAMENT TEMPORAL
COMUNICACIÓN DE DESPLAZAMIENTO TEMPORAL

A DADES DEL PACIENT / *DATOS DEL PACIENTE*

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

NÚM. SIP	DOMICILI (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP

LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / *DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL*

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

TIPUS DE REPRESENTACIÓ / *TIPO DE REPRESENTACIÓN*

☐ MENORS / *MENORES* ☐ SENTÈNCIA D'INCAPACITAT / *SENTENCIA DE INCAPACIDAD*

B DEPARTAMENT DE SALUT ASSIGNAT / *DEPARTAMENTO DE SALUD ASIGNADO*

C DOCUMENTACIÓ JUSTIFICATIVA QUE APORTA / *DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA QUE APORTA*

☐ ACREDITACIÓ DE LA REPRESENTACIÓ EN CAS D'INCAPACITAT
ACREDITACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD

☐ MODEL D'AUTORITZACIÓ (QUAN SIGA PROCEDENT)
MODELO DE AUTORIZACIÓN (CUANDO PROCEDA)

D COMUNICACIÓ / *COMUNICACIÓN*

El sotasignat comunica, sota la seua responsabilitat i en compliment del que es preveu en la normativa que regula la lliure elecció en l'àmbit de l'atenció primària i especialitzada del Sistema Valencià de Salut, així com la creació del seu Registre Autonòmic, que el pacient s'ha desplaçat per un període inferior a sis mesos al domicili situat a:

Carrer o plaça, número i porta:

_____

Municipi: _____

Província: _____ CP:_____

El abajo firmante comunica, bajo su responsabilidad y en cumplimiento de lo previsto en la normativa que regula la libre elección en el ámbito de la atención primaria y especializada del Sistema Valenciano de Salud, así como la creación de su Registro Autonómico, que el paciente se ha desplazado por un periodo inferior a seis meses al domicilio sito en:

Calle o plaza, nº y puerta:

_____

Municipio: _____

Provincia: _____ *CP:*_____

La persona que firma declara, sota la seua responsabilitat, que les dades ressenyades en esta sol•licitud són exactes i conformes amb el que establix la legislació.
La persona que firma declara, bajo su responsabilidad, que los datos reseñados en la presente solicitud son exactos y conformes con lo establecido en la legislación.

_____, ____ d_____ de _____

La persona interessada, el representant legal o la persona autoritzada
La persona interesada, su representante legal o la persona autorizada

Firma:_____

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 en un fichero cuyo tratamiento 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 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 ENTRADA EN EL ÓRGANO COMPETENTE

CAP DE LA ZONA BÀSICA DEL CENTRE DE SALUT DESPLAÇAT / COMISSIONAT DEL DEPARTAMENT DE SALUT DESPLAÇAT
JEFE DE ZONA BÁSICA DEL CENTRO DE SALUD DESPLAZADO / COMISIONADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DESPLAZADO

26/05/2015