RECLAMACIÓ DE RESPONSABILITAT PATRIMONIAL EN L'ÀMBIT COMPETENCIAL DE LA CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL EN EL ÁMBITO COMPETENCIAL DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA

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

COGNOMS I NOM O RAÓ SOCIAL / *APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL*			NIF
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*	
PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*	MÒBIL / *MÓVIL*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO (*)*

B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT (SI ÉS EL CAS) / *DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (EN SU CASO)*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	NIF	TELÈFON / *TELÉFONO*
ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO* (*)			

C NOTIFICACIONS (SI ÉS DIFERENT A L'APARTAT A) / *NOTIFICACIONES (SI ES DISTINTO AL APARTADO A)*

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

Indique en quina llengua desitja rebre les notificacions:
Indique en qué lengua desea recibir las notificaciones:

☐ Valencià *Valenciano* ☐ Castellà *Castellano*

Si el sol·licitant és persona física, accepta la notificació per mitjans electrònics (*)
Si el solicitante es persona física, acepta la notificación por medios electrónicos (*) ☐ SI

(*) A l'efecte de la pràctica de notificacions electròniques, l'interessat haurà de disposar de certificat electrònic en els termes previstos en la seu electrònica de la Generalitat (https://sede.gva.es).
(*) A efectos de la práctica de notificaciones electrónicas, el interesado deberá disponer de certificado electrónico en los términos previstos en la sede electrónica de la Generalitat (https://sede.gva.es).

D DESCRIPCIÓ DELS FETS / *DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS*

Descripció detallada i cronològica dels fets (en cas de falta d'espai adjuntar annex signat):
Descripción detallada y cronológica de los hechos (en caso de falta de espacio adjuntar anexo firmado):

E VALORACIÓ ECONÒMICA / *VALORACIÓN ECONÓMICA*

Avaluació económica, si fora possible la seua determinació (en cas de falta d'espai adjuntar annex signat):
Evaluación económica, si fuera posible su determinación (en caso de falta de espacio adjuntar anexo firmado):

IA – 19700 – 01 – EDIN - A4 CSUSP

RECLAMACIÓ DE RESPONSABILITAT PATRIMONIAL EN L'ÀMBIT COMPETENCIAL DE LA CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL EN EL ÁMBITO COMPETENCIAL DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA

F CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ (OPOSICIÓ)
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN (OPOSICIÓN)

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 obtindre directament les dades dels documents elaborats per qualsevol administració i que per aquest procediment són les assenyalades a continuació: dades d'identitat de la persona sol·licitant, i si és el cas, de qui la represente legalment; i dades de poders notarials.
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 los documentos elaborados por cualquier administración y que para este procedimiento son los señalados a continuación: datos de identidad de la persona solicitante, y si es el caso, de quien la represente legalmente; y datos de poderes notariales.

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 **dades de poders notariales**.
***Me opongo** a la obtención de **datos de poderes notariales**.*

☐ **M'opose** a l'obtenció de **dades de Registre** (consulta de naixement, matrimoni i defunció).
***Me opongo** a la obtención de **datos de Registro** (consulta de nacimiento, matrimonio y defunción).*

MOTIUS D'OPOSICIÓN / *MOTIVOS DE OPOSICIÓN*

G DOCUMENTACIÒ A APORTAR / *DOCUMENTACIÓN A APORTAR*

☐ Documentació acreditativa de la prova dels fets pels quals reclama.
Documentación acreditativa de la prueba de los hechos por los que reclama.

☐ Fotocòpia del NIF del reclamant o de la persona representant, en el seu cas, en el supòsit de no haver autoritzat l'òrgan gestor l'obtenció d'aquestes dades.
Fotocopia del NIF del reclamante o de la persona representante, en su caso, en el supuesto de no haber autorizado al órgano gestor la obtención de dichos datos.

☐ Acreditació de la representació legal, en cas de no estar inscrit en el Registre de Representants de l'Agència de Tecnologia i Certificació Electrònica (ACCV), o bé, en el Registre Electrònic d'Apoderaments de l'Administració General de l'Estat, haurà d'aportar documentació acreditativa de la condició de representant.
Acreditación de la representación legal, en caso de no estar inscrito en el Registro de Representantes de la Agencia de Tecnología y Certificación Electrónica (ACCV), o bien, en el Registro Electrónico de Apoderamientos de la Administración General del Estado, deberá aportar documentación acreditativa de la condición de representante.

☐ Otros:
Altres:

H DECLARACIONS RESPONSABLES DE LA PERSONA SOL·LICITANT
DECLARACIONES RESPONSABLES DE LA PERSONA SOLICITANTE

La persona sol·licitant, o el seu representant legal, declara sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en la present sol·licitud, i la seua conformitat amb el que s'estableix en l'article 69 de la Llei 39/2015 del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques, així com:
La persona solicitante, o su representante legal, declara bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente solicitud, y su conformidad con lo establecido en el artículo 69 de la Ley 39/2015 del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, así como:

☐ No estar tramitant ni haver rebut cap indemnització per part d'entitat pública o privada derivada dels mateixos fets/actes pels quals reclama.
No estar tramitando ni haber recibido indemnización alguna por parte de entidad pública o privada derivada de los mismos hechos/actos por los que reclama.

☐ Haver rebut de_____la quantitat de_____en concepte d'indemnització econòmica pels danys reclamats en la present reclamació.
Haber recibido de_____la cantidad de_____en concepto de indemnización económica por los daños reclamados en la presente reclamación.

I SOL·LICITUD / *SOLICITUD*

Se sol·licita:
Se solicita:

IA – 19700 – 02 –E DIN –A4 CSUSP

RECLAMACIÓ DE RESPONSABILITAT PATRIMONIAL EN L'ÀMBIT COMPETENCIAL DE LA CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL EN EL ÁMBITO COMPETENCIAL DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA

Abans de firmar la sol·licitud, ha de llegir la informació sobre protecció de dades següents, atès que comporta el tractament de dades de caràcter personal.
Antes de firmar la solicitud, debe leer la información sobre protección de datos siguiente, dado que conlleva el tratamiento de datos de carácter personal.

Lloc i data / *Lugar y fecha*: _____, ____ de _____ de _____

Signatura de l'interessat o signatures mancomunades / *Firma del interesado o firmas mancomunadas*

(SIGNAR A MÀ NOMÉS EN CAS DE REGISTRE PRESENCIAL
***FIRMAR A MANO SÓLO EN CASO DE REGISTRO PRESENCIAL*)**

Clic para Firma Electrónica

Signatura / *Firma*: _____
El sol·licitant / *El solicitante*

J INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES / *INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS*

Nom de l'activitat de tractament: Reclamacions de Responsabilitat patrimonial.
Nombre de la actividad de tratamiento: *Reclamaciones de Responsabilidad patrimonial.*

Finalitat del tractament: Tramitació de la sol·licitud de responsabilitat patrimonial presentada per l'interessat.
Finalidad del tratamiento: *Tramitación de la solicitud de responsabilidad patrimonial presentada por el interesado.*

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

Legitimació: RGPD 6.1 c) el tractament és necessari per al compliment d'una obligación legal aplicable al responsable del tractament. Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques. Llei 40/2015, d'1 d'octubre, de Règim Jurídic del Sector Públic.
Legitimación: *RGPD 6.1 c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.*

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 automatizat, inclosa l'elaboració de perfils. Les sol·licituds per exercir estos drets podrán 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 electrónica http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades. Podrá 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.*

IA – 19700 – 03 – EDIN - A4 CSUSP