

1768

## RECLAMACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.

(\*) Campos obligatorios

Decreto 94/1999, de 25 de mayo, por el que se regula la estructura y el funcionamiento de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios y la tramitación de las reclamaciones, solicitudes, iniciativas y sugerencias en el ámbito sanitario. Decreto 147/2001, de 9 de julio, por el que se modifica el Decreto 94/1999, de 25 de mayo.

Presenta ud. esta solicitud en calidad de (\*)

Persona interesada  Persona representante

como persona (\*)

Física  Jurídica

### DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

#### PERSONA FÍSICA

Tipo de documento (\*) Documento (\*)

Nombre / Nombre sentido (\*)

Primer apellido (\*)

Segundo apellido

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Correo electrónico

#### PERSONA JURÍDICA

NIF (\*)

Razón social (debería coincidir exactamente con la denominación de los Estatutos o Escritura Pública) (\*)

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Fax

Correo electrónico

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

(Cumplimentar sólo cuando la solicitud se formule por persona distinta de la persona solicitante o cuando ésta sea una persona jurídica)

Es persona (\*)

Física  Jurídica

#### PERSONA FÍSICA

Tipo de documento

Documento

Nombre / Nombre sentido



Primer apellido	Segundo apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>

En calidad de	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico
<input type="radio"/> Representante Legal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Otro			

## PERSONA JURÍDICA

NIF	Razón social (debería coincidir exactamente con la denominación de los Estatutos o Escritura Pública)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Fax	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## LUGAR A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

Nombre de vía (*)	Número (*)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
País (*)	
<input type="text"/>	
Código Postal (*)	Provincia (*)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Municipio (*)	
<input type="text"/>	
Ciudad / Estado / Distrito / Condado (en caso de dirección extranjera) (*)	
<input type="text"/>	

## DATOS DE LA PERSONA AFECTADA (CUMPLIMENTAR SOLO EN CASO DE SER DIFERENTE A LOS DATOS DE LA PERSONA RECLAMANTE)

¿Corresponden con los datos del solicitante?

Si  No

## PERSONA FÍSICA

Tipo de documento (*)	Documento (*)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre / Nombre sentido (*)	Primer apellido (*)	Segundo apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Teléfono fijo

Teléfono móvil

Correo electrónico

Nombre de vía (\*)

Número (\*)

País (\*)

Código Postal (\*)

Provincia (\*)

Municipio (\*)

Ciudad / Estado / Distrito / Condado (en caso de dirección extranjera) (\*)

Parentesco (\*)

## DATOS DE LA RECLAMACIÓN

Centro Sanitario (\*)

Día de los hechos

Servicio

N.I.F./N.I.E

Nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Categoría profesional

## HECHOS:

Hechos (\*)

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Tratamiento:

RECLAMACIONES, SOLICITUDES, INICIATIVAS Y SUGERENCIAS EN EL ÁMBITO SANITARIO



**Responsable del tratamiento:**

Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad

**Finalidad del tratamiento:**

Tramitación de las solicitudes, reclamaciones, iniciativas y sugerencias de los usuarios del Sistema Canario de la Salud y de los centros, servicios y establecimientos sanitarios privados radicados en la Comunidad Autónoma de Canarias.

**Derechos de personas interesadas:**

Cualquier persona interesada podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y a no ser objeto de decisiones individualizadas de los datos de carácter personal contenidos en tratamientos de la titularidad de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias, accediendo al procedimiento puesto a su disposición.

**Información adicional:**

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://www.gobiernodecanarias.org/cpj/dgmcs/temas/proteccion/tratamientos/>

En

, a

Firmantes

## UNIDAD DESTINO

Unidad destino (\*)

**Consejería de Sanidad**

**Oficina Defensa de Derechos Usuar. Sanit.**