

Nombre y Apellidos SOLICITANTE:			
Tarjeta Sanitaria nº:		DNI/NIF/Pasaporte:	
Dirección:			
Localidad:		Código Postal:	
Provincia:		Teléfono:	
Nombre y Apellidos PACIENTE: (si es distinto del solicitante)			

EXPONE:

Que se encuentra inscrito en el registro de pacientes en lista de espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura para que le sea realizado (rellenar lo que proceda):

Primera consulta (especialidad): _____

Prueba diagnóstica/terapéutica: _____

Intervención quirúrgica: _____

Por indicación del: Médico de Atención Primaria

Servicio de: _____

Centro sanitario: _____

Desde el día (fecha de petición o inclusión en lista de espera): _____

(La solicitud deberá acompañarse, a ser posible, de copia de la solicitud de orden asistencial médica/interconsulta o documento acreditativo de la inclusión en lista de espera, así como de los informes médicos oportunos).

El abajo firmante acepta la Política de Privacidad de la Oficina de la Defensora de los Usuarios que puede consultarse en su página web (<https://saludextremadura.ses.es/defensorausuarios/politica-de-privacidad>), especialmente en lo relacionado con la protección de los datos de carácter personal aquí facilitados. Puede ejercer ante el responsable del tratamiento los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión ("derecho al olvido"), limitación del tratamiento, portabilidad y de no ser objeto de decisiones individualizadas tal y como figura en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del Sistema Sanitario Público de Extremadura, y habiendo sido superado el plazo previsto en dicha norma para la realización de este procedimiento.

SOLICITA:

Que le sea prestada la atención sanitaria antes indicada en los términos previstos en el artículo 5.2 de la misma.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del solicitante o representante legal