

ANEXO I
SOLICITUD DE SUSCRIPCIÓN DE CONVENIO ESPECIAL PARA LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA
(REAL DECRETO 576/2013)

Datos de la persona interesada

NIE/N.º Pasaporte	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Sexo	Nacionalidad	País de procedencia	
Fecha de nacimiento	Correo electrónico	Teléfono fijo/móvil	

Datos de la persona representante
(cumplimentar sólo en el caso de menores, personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica o personas con capacidad de obrar que hayan autorizado ser representados por otra persona)

NIF/NIE/N.º Pasaporte	Nombre	Apellido 1	Apellido 2	Teléfono fijo/móvil
VINCULACIÓN ENTRE LA PERSONA REPRESENTANTE Y LA PERSONA INTERESADA				
<input type="checkbox"/> Guardador de hecho	<input type="checkbox"/> Curador	<input type="checkbox"/> Defensor judicial	<input type="checkbox"/> Padre/Madre o representante legal (En caso de menores)	<input type="checkbox"/> Persona autorizada al efecto (Adjuntar documento que acredite la autorización expresa)

Datos a efectos de notificación

Tipo de vía	Nombre de la vía	N.º	Piso	Puerta	Otros	Código postal	Localidad
Municipio	Provincia	Teléfono	Fax	Dirección de correo electrónico			

Solicita

La suscripción del convenio especial para la prestación de asistencia sanitaria a las personas que no tengan la condición de aseguradas ni beneficiarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los Requisitos Básicos del Convenio Especial de Prestación de Asistencia Sanitaria a Personas que no tengan la Condición de Aseguradas ni de Beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la Condición de Asegurado y de Beneficiario a efectos de la Asistencia Sanitaria en España, con cargo a Fondos Públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Política de Protección de datos

En cumplimiento de la ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y del Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016), a Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre se informa:

Tratamiento, registro y tramitación de solicitudes de suscripción de convenio especial para la prestación de asistencia sanitaria. **Responsable:** Gerencia del Servicio Cántabro de Salud. Con domicilio en Avda. Cardenal Herrera Oria s/n 39011 Santander. **Finalidad:** El registro de solicitudes, escritos y comunicaciones dirigidas al Servicio Cántabro de Salud, con la finalidad de acreditar la presentación de esa documentación en tiempo y forma por parte de los ciudadanos y ciudadanas; así como para que el Servicio Cántabro de Salud pueda ejercer las competencias que tiene atribuidas resolviendo la pretensión ejercitada: solicitud de suscripción de convenio especial para la prestación de asistencia sanitaria. **Derechos:** El interesado tiene los siguientes derechos: acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos, oposición y retirada del consentimiento prestado. Estos derechos los puede ejercitar poniéndose en contacto con el Delegado de Datos: Correo electrónico dpsanidad@cantabria.es. También tiene derecho a reclamar ante la siguiente autoridad de control. Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es)

Puede consultar información adicional en <https://www.scsalud.es/proteccion-de-datos>

He leído y acepto la Política de Protección de Datos

Documentación adjunta (marque lo que proceda)

TIPO DE DOCUMENTO	AUTORIZO LA CONSULTA ¹	SE APORTA CON LA SOLICITUD
1. Fotocopia del T.I.E. (Tarjeta de Identidad de Extranjero) y copia completa del pasaporte del interesado	<input type="checkbox"/> No Disponible	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Certificado de empadronamiento actual en algún municipio de la Comunidad Autónoma de Cantabria del interesado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En caso de que el interesado presente la solicitud a través de representante:		
- DNI, TIE (Tarjeta de Identidad de Extranjero), documento de identificación de su país (solo comunitarios) o Pasaporte del representante	<input type="checkbox"/> No Disponible	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Documento que acredite la representación	No Disponible	<input type="checkbox"/>
4. Documento que acredite la residencia efectiva en España del interesado durante un periodo continuado de un año inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud. El requisito de residencia efectiva en España se entenderá cumplido cuando se acrediten periodos de residencia en el territorio de los demás estados miembros de la UE, del EEE, de Suiza o del Reino Unido.	No Disponible	<input type="checkbox"/>
5. En caso de solicitantes de los países de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo y de la Confederación Suiza, junto con los países no comunitarios con los que España tiene suscrito convenio bilateral de la Seguridad Social, Certificado emitido por la autoridad competente de su país de origen o procedencia, acreditativo de que no procede la exportación del derecho a la prestación de las asistencia sanitaria.	No Disponible	<input type="checkbox"/>

¹De acuerdo con lo establecido en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. En caso de oponerse a que la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria verifique de oficio los documentos, marque la siguiente casilla: En este caso deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente. En aquellos casos en los que haya presentado con anterioridad en la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, la documentación solicitada, indique la fecha y el órgano o dependencia en que fueron presentados, estando exento de presentar dicha documentación.

FECHA	DOCUMENTACIÓN PRESENTADA	ÓRGANO O DEPENDENCIA

Declaración responsable

Son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud

Quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Servicio Cántabro de Salud cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo en los datos que figuran en la presente solicitud y en la documentación adjunta.

No tengo la condición de asegurado o de beneficiario a efectos de la prestación sanitaria reconocida por el INSS/ISM y carezco de cualquier tipo de protección sanitaria pública. Además declaro que no procede la exportación del derecho a la prestación de la asistencia sanitaria desde mi país de origen o procedencia.

Fecha:	Firma:
--------	--------