

ANEXO III

COMUNICACIÓN DE MODIFICACIÓN DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE DIERON LUGAR A LA SUSCRIPCIÓN DEL CONVENIO ESPECIAL DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

Datos de la persona interesada

|                   |        |            |            |
|-------------------|--------|------------|------------|
| NIE/N.º Pasaporte | Nombre | Apellido 1 | Apellido 2 |
|                   |        |            |            |

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

|                    |         |                   |  |  |
|--------------------|---------|-------------------|--|--|
| Guardador de hecho | Curador | Defensor judicial | Padre/Madre o representante legal (En caso de menores) | 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 |               |           |
|             |                  |          |      |        |                                 |               |           |

Datos a efectos de notificación

D/Dª *(nombre de la persona interesada)* suscribió en fecha \_\_\_\_\_ un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Por medio del presente escrito.

COMUNICA

Que se ha producido la modificación de las circunstancias que se describen a continuación, modificación que pudiera dar lugar a la extinción del convenio:

Datos a efectos de notificación

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 comunicación de modificación de las circunstancias que dieron lugar a la suscripción del convenio especial de 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: comunicación de modificación de las circunstancias que dieron lugar a la suscripción del convenio especial de 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](mailto:dpsanidad@cantabria.es)

También tiene derecho a reclamar ante la siguiente autoridad de control. Agencia Española de Protección de Datos ([www.aepd.es](http://www.aepd.es))

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

He leído y acepto la Política de Protección de Datos

**Documentación adjunta (marque lo que proceda)**

| TIPO DE DOCUMENTO  | AUTORIZO LA CONSULTA <sup>1</sup>  | SE APORTA CON LA SOLICITUD |
|--|------------------------------------|----------------------------|
| 1.TIE (Tarjeta de Identidad de Extranjero) o<br><br>pasaporte del interesado   | No disponible                      |                            |
| 2. En caso de que el interesado presente la solicitud a través de representante:<br><br>- DNI, tarjeta de identidad de extranjero (TIE) o<br><br>pasaporte del representante<br><br>- Documento que acredite la representación   | No disponible<br><br>No disponible |                            |
| <p><sup>1</sup>De 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:</p> <p>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.</p> |                                    |                            |
| FECHA  | DOCUMENTACIÓN PRESENTADA           | ÓRGANO O DEPENDENCIA       |
|  |                                    |                            |
|  |                                    |                            |

**Declaración responsable**

Son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y, en su caso, en la documentación adjunta y esta última es fiel copia de los originales. Conozco y acepto que la Administración Pública podrá comprobar, en cualquier momento, la veracidad de todos los documentos, datos y cumplimiento de los requisitos por cualquier medio admitido en Derecho. En el supuesto de que la Administración compruebe la inexactitud de los datos declarados, el órgano gestor estará facultado para realizar las actuaciones procedentes sin perjuicio de las responsabilidades que pudieran corresponder en virtud de la legislación aplicable.

Fecha:

Firma: