

ANEXO IV

COMUNICACIÓN DE EXTINCIÓN 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		

Comunicación de decisión de extinción de convenio especial de prestación de asistencia sanitaria

D. D^a *(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

Su decisión voluntaria de extinción de dicho convenio especial de prestación de asistencia sanitaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria

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 comunicación de decisión voluntaria de extinción de convenio especial de prestación de asistencia sanitaria. **Responsable:** Gerencia del Servicio Cántabro de Salud. Con domicilio en Avda. Cardenal Herrera Oría 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 decisión voluntaria de extinción de 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 dpdsanidad@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-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.TIE (Tarjeta de Identidad de Extranjero) o pasaporte del interesado	No disponible	
2. En caso de que el interesado presente la solicitud a través de representante: - DNI, tarjeta de identidad de extranjero (TIE) o pasaporte del representante - Documento que acredite la representación	No disponible No disponible	

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 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:
--------	--------