



PROCEDEMENTO <b>ELECCIÓN DE PERSOAL MÉDICO DE FAMILIA, PEDIATRA E PERSOAL DE ENFERMARÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DE GALICIA</b>	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO <b>SA206A</b>	DOCUMENTO <b>SOLICITUDE</b>
--	---	--------------------------------

**DATOS DA PERSOA SOLICITANTE**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

TIPO DE VÍA  NOME DA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  ANDAR  PORTA

CP  PROVINCIA  CONCELLO  LOCALIDADE

TELÉFONO  FAX  CORREO ELECTRÓNICO  Nº DE TARXETA SANITARIA (CIP)

**E, NA SÚA REPRESENTACIÓN** (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

VINCULACIÓN COA PERSOA SOLICITANTE

**ENDEREZO PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN** (non é necesario se coincide co anterior)

TIPO DE VÍA  NOME DA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  ANDAR  PORTA

CP  PROVINCIA  CONCELLO  LOCALIDADE

TELÉFONO  FAX  CORREO ELECTRÓNICO

**CATEGORÍA DE PROFESIONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA ELIXIDO/A**

Médico/a de familia de atención primaria

Pediatra de atención primaria

Persoal de enfermaría de atención primaria

Matrón/matrona de atención primaria

CATEGORÍA	NOME E APELIDOS	CENTRO DE SAÚDE
MÉDICO/A DE FAMILIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PEDIATRA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PERSOAL DE ENFERMARÍA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MATRÓN/MATRONA	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU QUE SE DECLARA QUE ESTÁ EN PODER DA ADMINISTRACIÓN ACTUANTE**

Copia do DNI ou NIE, só no caso de non autorizar a súa consulta

	PRESENTADO	CÓD. PROC.	EXPTE.	ANO
<input type="checkbox"/> Documentación que acredite a lexitimación da persoa que represente a persoa solicitante	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Outra documentación (especificar)	<input type="checkbox"/>			

Autorizo o Servizo Galego de Saúde, de conformidade co artigo 35.f) da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, e o artigo 4 da Orde do 12 de xaneiro de 2012 pola que se regula a habilitación de procedementos administrativos e servizos na Administración xeral e no sector público autonómico de Galicia, a consultar a documentación indicada anteriormente.

Así mesmo, declaro que a devandita documentación está vixente e que non transcorreron máis de cinco anos desde a finalización do procedemento a que corresponde.



Autorizo a Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde a consultar os datos de identidade da persoa solicitante no Sistema de verificación de datos de identidade do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde da Consellería da Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, do 7 de xullo de 2009.

SI  NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal infórmase que os datos persoais que facilite neste formulario quedarán rexistrados nun ficheiro de titularidade da Xunta de Galicia, cuxa finalidade é a xestión e rexistro deste procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Sanidade, como responsable do ficheiro, solicitándoo mediante o envío dun correo ao seguinte enderezo: Consellería de Sanidade, Edificio Administrativo San Lázaro, s/n, 15703 Santiago de Compostela.

#### LEXISLACIÓN APLICABLE

Decreto 55/2015, do 26 de marzo, polo que se regula o exercicio do dereito á libre elección do persoal médico de familia, pediatra e persoal de enfermaría en atención primaria, e de centro ou complexo hospitalario por un problema de saúde novo, no Sistema público de saúde de Galicia.

#### SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

,  de  de