



MINISTERIO  
DE SANIDAD, CONSUMO  
Y BIENESTAR SOCIAL



DIRECCION TERRITORIAL  
DE CEUTA

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN SANITARIA

TIPO DE PRESTACIÓN \_\_\_\_\_

RÉGIMEN \_\_\_\_\_

Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL  
/

Nº TARJETA SANITARIA

### DATOS PERSONALES DEL TITULAR

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

N.I.F. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Calle/Av./Plaza \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ E- Mail \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

ACTÚO EN NOMBRE DEL SOLICITANTE COMO: Tutor  Graduado  Social Gestor  
Administrativo  Otros apoderados

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

N.I.F. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Si actúa en nombre de una Entidad Pública, cargo que ostenta \_\_\_\_\_

Calle/Av./Plaza \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ E- Mail \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

AVDA. OTERO S/N, EDIF.  
POLIFUNCIONAL 2ª PLANTA  
51002 CEUTA  
TEL.: 956 52 76 52  
FAX: 956 52 76 56

**PRESTACIÓN SOLICITADA** \_\_\_\_\_

	IBAN	ENTIDAD	OFICINA	C.C.	CUENTA
<b>IBAN:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Consentimiento para recibir notificaciones por medios electrónicos. SI  NO

email: \_\_\_\_\_ SMS: \_\_\_\_\_

Marquese en esta casilla cuando el ingreso se deba realizar directamente a la Ortopedia   
(En estos casos es imprescindible el informe del trabajador social)

**BENEFICIARIO PARA EL QUE SE SOLICITA** (Si se tratase del titular del derecho, no se cumplimentará este apartado.)

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con el titular \_\_\_\_\_

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en el presente formulario, que suscribo para que se me reconozca el reintegro de gasto que corresponda, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto nacional de Gestión Sanitaria cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo, y

AUTORIZO, el acceso a los datos que obren en poder de otras administraciones públicas a través de la Plataforma de Intermediación de Datos y la consulta de los datos de identificación personal a través del Servicio de Verificación de Datos de Identidad y de los datos de domicilio a través del Servicio de Verificación de datos de Residencia, así como el cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, o en cualquier otro Organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, manifestando, igualmente, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia y/o acceso informatizado a los datos de mi historial clínico custodiado por los servicios públicos de salud o centros concertados, en todo caso con la garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de la valoración y calificación de la situación del reintegro de gastos que nos ocupa y, en su caso, de una posterior revisión de la misma.

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero para el cálculo, control, revisiones y estadísticas de la prestación que se reconozca y, permanecerán bajo custodia del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos incorporados al mismo ante la Dirección Territorial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en Ceuta (art. 5 de la Ley 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, BOE del día 14)

DOCUMENTOS QUE APORTA
_____
_____
_____
_____

Fecha \_\_\_\_\_

(Firma)

## INFORME DEL MÉDICO INSPECTOR DEL ÁREA SANITARIA

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

Informe:      **FAVORABLE**     

**DESFAVORABLE**        
                 (MOTIVACIÓN)

## RESOLUCIÓN

EL DIRECTOR TERRITORIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA EN  
CEUTA con fecha \_\_\_\_\_ acuerda

**CONCEDER**     

**DENEGAR**     

la prestación solicitada con efectos de \_\_\_\_\_

El \_\_\_\_\_

Notificado al interesado en \_\_\_\_\_