



Código Guía de Servicios **1273**

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA NECESIDAD DE ATENCION TEMPRANA

Datos de la persona solicitante

DATOS DE LA PERSONA QUE ACTÚA EN REPRESENTACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA (PADRE/MADRE/REPRESENTANTE LEGAL)

| | | |
|----------------------|----------------------|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DNI /NIE | Fecha de nacimiento | Sexo |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |

DOMICILIO EN EL QUE RESIDE ACTUALMENTE

En el domicilio que se consigne en esta casilla, se recibirán todas las notificaciones administrativas relativas a todos los procedimientos de los que Vd. sea interesado en el I.M.A.S.

| | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Tipo vía | Vía | Número | Kilómetro | Bloque | Portal | Escalera | Planta | Puerta |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Provincia | Municipio | Localidad | | Código postal | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | |

TELEFONOS DE CONTACTO:

Es imprescindible que aporte un nº de teléfono de contacto.

| | |
|----------------------|----------------------|
| Teléfono 1 | Teléfono 2 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Datos del niño o la niña

| | | |
|----------------------|----------------------|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DNI/NIE/Pasaporte | Fecha de nacimiento | Sexo |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| | | CIPCARM (código de tarjeta SMS)* |
| | | <input type="text"/> |

*Sólo es necesario si el niño o la niña no tiene DNI/NIE/Pasaporte. Código de 20 caracteres, empieza por CARM seguido de 16 dígitos.

Elección de centros

| Pref. | CDIAT |
|-------|-------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |

Documentación aportada (es imprescindible aportar el documento 1)

| | Documentos |
|---|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> Informe de pediatría |
| 2 | <input type="checkbox"/> Informe de derivación |
| 3 | <input type="checkbox"/> Informe(s) de valoración complementario(s), otro(s) informe(s) |



Notificaciones Electrónicas

- Deseo ser notificado en papel a través del correo postal.
- Deseo ser notificado electrónicamente a través del Servicio de Notificación Electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, los actos y resoluciones administrativos que se deriven de la tramitación de esta solicitud o de cualquier otra que se tramite ante este Organismo Autónomo. A tal fin, adquiero la obligación de acceder periódicamente a través de mi certificado digital o DNI electrónico, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM:

**<https://sede.carm.es> / *apartado consultas * notificaciones electrónicas
o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones>.**

Independientemente de la opción elegida, autorizo al IMAS, a que me informe, siempre que se realice una nueva notificación, de la posibilidad de acceder a ella a través a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM <https://sede.carm.es> en el apartado notificaciones electrónicas de la carpeta del ciudadano, o directamente en la dirección web <https://sede.carm.es/vernotificaciones>. Los avisos se realizarán a través de un correo electrónico a la dirección de correo y/o vía SMS al nº de teléfono móvil:

- a través de un correo electrónico a la dirección de correo:

@ .

- a través de un SMS en mi teléfono:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS

| | |
|---|--|
| “Responsable” (del tratamiento) | Dirección Gerencial del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) GEAS-IMAS@listas.carm.es |
| “Delegado de Protección de Datos” | CENTRO REGIONAL DE SERVICIOS AVANZADOS S.A. dpd.imas@carm.es |
| “Finalidad” (del tratamiento) | Gestión y tramitación de los expedientes relativos a la valoración de la necesidad de atención temprana y el reconocimiento del derecho al servicio de atención temprana. |
| “Legitimación” (del tratamiento) | REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) Artículos 6.1 a) y 9.2 a) en cuanto a los datos de salud y servicios sociales, en relación con la Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia. |
| “Destinatarios” (de cesiones o transferencias) | Los datos se cederán a los Ayuntamientos de la Región de Murcia que tengan suscrito el Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del IMAS y de la Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas de la Región de Murcia, para regular las condiciones y garantías en el intercambio electrónico de los datos en entornos cerrados de comunicación, o a otras Administraciones o entes públicos, previa autorización de la cesión por el interesado. Así como a las entidades que hayan suscrito contratos con el IMAS para la prestación de servicios. |
| “Derechos” (de la persona interesada) | Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como a su portabilidad, la limitación u oposición al tratamiento y otros derechos especificados en la información adicional. Podrá ejercerlos mediante el formulario del procedimiento 2736. |
| “Información adicional” | Los datos que se pueden obtener son: Datos de Identidad, residencia, discapacidad, dependencia. Datos de salud y de servicios sociales. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página URL: http://www.carm.es/web/pagina?!DCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672\$m |
| Procedencia de los datos | Además de los datos aportados por el interesado, también se obtienen de la plataforma de interoperabilidad de la CARM con otras Administraciones Públicas y del Servicio Murciano de Salud en el caso de datos de salud. |

Declaración y firma de la solicitud

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

Que, en caso de compartir la patria potestad con otro progenitor, la presente solicitud cuenta con su consentimiento.

En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el órgano administrativo competente consultará o recabará, por medios electrónicos, los datos relacionados a continuación, salvo que se oponga a la consulta:

Datos de identidad, nacimiento, residencia escolarización, discapacidad, dependencia. Datos de salud y de servicios sociales.

[*] Me OPONGO* a la consulta

Firma del/la interesado/a sólo si se opone a la consulta

Así mismo, autorizo la cesión de datos de carácter personal de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, o a otras Administraciones o Entes públicos, para el ejercicio de sus competencias.

(* En el caso de OPOSICIÓN a que el Órgano administrativo competente consulte u obtenga los mencionados datos y documentos, QUEDO OBLIGADO A APORTARLOS al procedimiento junto a esta solicitud o cuando me sean requeridos.

En _____ a _____ de _____ de 20__

Fdo: _____