



A cumplimentar por la Administración

Nº de Expediente:

ANEXO I

Procedimiento 1300 Teléfonos de información: 012 y 968362000

SOLICITUD DE AYUDA PARA EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON PRODUCTOS DE CONTENIDO PROTEICO CONTROLADO A PERSONAS AFECTADAS POR ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO
(Orden Consejería Sanidad y Política Social de 20 de mayo de 2015)

1. Datos del solicitante

Nombre y apellidos		N.I.F.
Domicilio		Localidad
Código postal	Teléfono móvil	Teléfono fijo
E-mail		

2. Datos del representante

Nombre y apellidos	N.I.F
Título de representación	

3. Datos bancarios

Banco/Caja	Sucursal
Código IBAN	

4. Productos por los que se solicita la ayuda

Denominación	Importe solicitado
--------------	--------------------



DOCUMENTOS APORTADOS

Señalar los documentos que se aportan:

- Fotocopia del N.I.F del beneficiario
- Acreditación, en su caso, de la representación legal o voluntaria.
- Fotocopia de la Tarjeta Individual Sanitaria del Servicio Murciano de Salud, o en su defecto, del documento sanitario de inclusión temporal o, del documento sanitario identificativo que acredite su derecho a la asistencia sanitaria pública regional.
- Informe clínico actualizado del facultativo especialista autorizado, en el que se acredite el diagnóstico, que incluirá, en su caso, los alimentos especiales requeridos y su pauta.
- Certificado de la entidad financiera de cuenta corriente o libreta de ahorro a nombre del solicitante o tutor legal, con indicación del IBAN.

DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO:

Bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en esta solicitud y en los documentos aportados.

Que tengo conocimiento de la ayuda de referencia y reúno los requisitos exigidos para ser beneficiario.

De igual forma acepto, que la Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones del Servicio Murciano de Salud, en cualquier momento, realice las inspecciones y comprobaciones necesarias con el fin de asegurar el cumplimiento de las normas y condiciones de la ayuda, por lo que me comprometo a presentar cualquier información o documentación que pueda ser requerida.

En aplicación del artículo 28 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.

- Me OPONGO a la consulta de: Consulta de Datos de Identidad.



(*) En el caso de OPOSICIÓN a que el órgano administrativo competente consulte u obtenga los mencionados datos y documentos, deberá manifestarlo expresamente marcando la casilla correspondiente, QUEDANDO OBLIGADO A APORTARLOS al procedimiento junto a esta presentación.

AUTORIZACIÓN [1] EXPRESA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Marcar una X para autorizar a la Administración la notificación electrónica, de no marcarse esta opción la Administración notificará a las personas físicas por correo postal.

- Autorizo a notificarme a través del Servicio de Notificación electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, las actuaciones que se deriven de la tramitación de esta solicitud.

A tal fin, me comprometo [2] a acceder periódicamente a través de mi certificado digital, DNI electrónico o de los sistemas de clave habilitado por la Administración Regional, 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 URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones>.

Asimismo autorizo a que se me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica a través de un correo electrónico a la dirección de correo _____ y/o vía SMS al nº de teléfono móvil _____.

[1] Las personas físicas podrán elegir el sistema de notificación (electrónico o en papel) ante la Administración, este derecho no se extiende a los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones previsto en el artículo 14.2 de la Ley 39/2015 (personas jurídicas, entidades sin personalidad jurídica, profesionales colegiados, empleados públicos y personas que los representen) quienes por ley están obligados a ser notificados siempre electrónicamente.

[2] De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.2 de la Ley 39/2015, una vez transcurridos 10 días naturales desde la puesta a disposición de la notificación en la Sede Electrónica, sin que la haya descargado, se entenderá que la notificación ha sido realizada.



INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento	La Directora General de Atención Hospitalaria del Servicio Murciano de Salud. C/Central. Edf Habitamia. 30100-Murcia. También puede dirigirse a nuestro delegado de protección de datos, a través de la dirección de correo electrónico: dpd-sms@carm.es
Finalidad del tratamiento	Gestionar las prestaciones sanitarias y ayudas económicas derivadas de éstas en el ámbito del Servicio Murciano de Salud.
Legitimación	Para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos recogida en el art.6.1 e) del RGPD. E incluso puede ser necesario para proteger intereses vitales del interesado o de otra persona física (artículo 6.1d) del RGPD.
Destinatarios	Ministerio competente en materia de sanidad. Otros órganos de la administración del estado. Otros órganos de la comunidad autónoma. Hacienda. Entidades sanitarias. Instituto nacional de estadística.
Plazo de conservación	El plazo de conservación será el estrictamente necesario para cumplir con la finalidad para la que los datos fueron recogidos.
Ejercicio de derechos.	Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y supresión, así como la portabilidad y limitación al tratamiento, dirigiéndose al responsable del tratamiento o a través de la sede electrónica de la CARM (https://sede.carm.es), Código de Procedimiento 2736. En cualquier caso, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web https://www.murciasalud.es/proteccion-de-datos

SOLICITA:

Que me/le sea concedida la ayuda, por importe de €.

En Murcia, a.....de....de 2024

Fdo.: El/la persona beneficiaria/representante.

**DIRIGIDO A LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ACTIVIDAD CONCERTADA
Y PRESTACIONES Y SERVICIO MURCIANO DE SALUD. Calle Pinares, 6. 30001 Murcia**