



PRESENTACIÓN

2008-11

QUEJAS, RECLAMACIONES, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES DE LOS USUARIOS EN EL ÁMBITO SANITARIO PÚBLICO

SUGERENCIA

RECLAMACION

QUEJA

AGRADECIMIENTO

1.-Datos del Interesado

Interesado o Representante Legal

*Apellidos _____ *Nombre _____

*DNI/NIE _____ *Teléfono _____ e-mail _____

*Domicilio _____

*CP _____ *Localidad _____ *Provincia _____

Paciente o Usuario Afectado. Indicar, en su caso, la relación existente con el reclamante * _____

*Apellidos _____ *Nombre _____

*DNI/NIE _____ F Nacimiento ____ / ____ / ____ **CIPA _____ Teléfono _____

e-mail _____

2-Datos del Centro objeto de la Reclamación, Sugerencia y Felicitación.

*Tipo de Centro _____

*Centro _____

3 - Expone

(*)CAMPOS OBLIGATORIOS

(**) CIPA. - Código de Identificación Personal Autonómico. Aparece en la parte superior derecha de la Tarjeta Sanitaria Individual y es único para cada ciudadano. Consta de una combinación de números que identifica inequívocamente al usuario.

La información personal que va Ud. a proporcionar en este formulario se integrará en un fichero de datos personales destinado a la gestión del procedimiento, actuación o trámite administrativo de que se trate. El responsable de dicho fichero es: Secretaría General de Salud, sito en Ronda de Levante, nº11. 30008 MURCIA, ante el que podrá Ud. ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

ILMO. SR SECRETARIO GENERAL DE SALUD.

4 - Solicita

5. - Representación.

Escritura de apoderamiento o poder de representación: Será necesario en todo caso cuando se actúe en nombre y representación de una persona menor, incapacitado o fallecido. También será necesario cuando la reclamación contenga documentación clínica. El órgano competente podrá solicitar en cualquier momento la representación. Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. art. 5.

6 -Notificación Electrónica

AUTORIZACIÓN EXPRESA DE NOTIFICACIÓN [1]

- Deseo ser notificado por carta en mi domicilio
- Deseo ser notificado electrónicamente

IMPORTANTE: PARA ACCEDER A ESTE SISTEMA EL CIUDADANO HA DE DISPONER DE CERTIFICADO ELECTRÓNICO

Autorizo a la Secretaría General de Salud, a notificarme 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.

A tal fin, me comprometo [2] a acceder periódicamente a través de mi certificado digital, DNI electrónico o de los sistemas de clave concertada o cualquier otro sistema 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". También puede acceder directamente a <https://sede.carm.es/vernotificaciones>.

Independientemente de la opción elegida, autorizo a la Secretaría General de Salud, a que 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 electrónicamente.

[2] De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, 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 rechazada.

Firma del interesado/a

_____, _____ de _____ de _____

