



## 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 \_\_\_\_\_

