



**SOLICITUD DE CAMBIO DE MÉDICO DE FAMILIA O PEDIATRA
EN LA MISMA ZONA BÁSICA DE SALUD**

Procedimiento: 3524

Teléfonos de Información: 012 -968 362000

Datos del solicitante:

1º Apellido	2º Apellido	Nombre		Fecha de nacimiento
Domicilio		Piso	Localidad	Código Postal
Teléfono/s		*Tipo y núm. de Documento Identificativos		

Datos del representante (en su caso). Cuando el solicitante actúe por medio de un representante, deberá solicitar el apoderamiento de la representación ante las Administraciones Públicas, en la siguiente dirección:

<https://sede.administracion.gob.es/apodera/clave.htm>. Cuando se trate de un menor de edad la representación se realizará aportando el libro de familia.

1º Apellido	2º Apellido	Nombre		Fecha de Nacimiento
Domicilio: Calle o Plaza		Piso	Localidad	Código Postal
Teléfono/s		*Tipo y núm. de Documento Identificativos		

Domicilio a efecto de notificaciones:

Domicilio: Calle o Plaza	Piso	Localidad	Código Postal
Teléfono/s		Correo electrónico	

Documentación a aportar junto a la presente solicitud:

- En caso, de representante, debe acreditar su representación.

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se entiende otorgado el consentimiento para que el órgano administrativo competente consulte de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, los datos personales relacionados a continuación, necesarios para la resolución de este procedimiento/expediente/solicitud:

- **Datos de Identidad**
- **Datos de última residencia**

En caso contrario, en el que NO otorgue el consentimiento para la consulta, marque la/s siguiente/s casilla/s:

- ☐ Me opongo a que el órgano administrativo consulte los **datos de Identidad**
- ☐ Me opongo a que el órgano administrativo consulte los datos de **Residencia con fecha de última variación**

EN EL CASO DE NO CONCEDER AUTORIZACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN, QUEDO OBLIGADO A APORTAR LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A ESTA SOLICITUD.

Murcia _____ de _____ de 20__

Fdo.: _____



INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento	Dirección General de Asistencia Sanitaria del SMS.
Finalidad del tratamiento	Cambio de médico de familia o pediatra, siempre dentro de la zona básica de salud que tenga asignada el domicilio que consta en la base de datos de tarjeta sanitaria.
Legitimación del tratamiento	Tratamiento necesario para el cumplimiento de una misión realizada en el ejercicio de potestades públicas.
Destinatarios de cesiones	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
Derechos de las personas interesadas	Tienen derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, que se explican en la información adicional.
Categoría de los datos	Datos identificativos.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos a continuación.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Delegado de Protección de datos	Contacto: Delegado protección de datos: DPD-SMS@listas.carm.es
Finalidad del tratamiento	La Dirección General de Asistencia Sanitaria del SMS tratará la información facilitada con el fin de realizar los cambios de médico de familia o pediatra. Los datos personales se conservarán hasta su cancelación por la persona interesada.
Legitimación del tratamiento	La base legal es el tratamiento necesario para el cumplimiento de una misión realizada en el ejercicio de potestades públicas, atribuidas por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
Derechos de las personas interesadas	Las personas interesadas tienen derecho a: - Acceder a sus datos personales, a solicitar su rectificación o supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para la finalidad para la que se recogieron. - Solicitar la limitación de su tratamiento y a oponerse al tratamiento, en cuyo caso únicamente se conservarán a efectos de posibles reclamaciones o recursos. - La portabilidad de sus datos, es decir, a recibir los datos que le incumban que hayan facilitado al responsable del tratamiento y a transmitirlos a otro responsable. Todos esos derechos se pueden ejercer mediante un escrito o solicitud electrónica o en papel dirigido al responsable del tratamiento. Asimismo, las personas interesadas tienen derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

IMPORTANTE

Esta solicitud, en caso de ser presentada en vía electrónica firmada, deberá ser incorporada, en formato PDF, a la solicitud electrónica que se debe presentar a través de la sede electrónica de la CARM. (Procedimiento 3524).

**DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.
C/CENTRAL, 7 EDIFICIO HABITAMIA. ESPINARDO (MURCIA).**