

**RECLAMACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO**

Decreto 94/1999, de 25 de mayo, por el que se regula la estructura y el funcionamiento de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios y la tramitación de las reclamaciones, solicitudes, iniciativas y sugerencias en el ámbito sanitario.

Decreto 147/2001, de 9 de julio, por el que se modifica el Decreto 94/1999, de 25 de mayo.

(\*) Campos obligatorios

# DATOSDELA PERSONA RECLAMANTE / REPRESENTANTELEGAL

DNI/NIE \*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| ACCE | | | | | | | | | | |
|  | Bloque | | |  | | | | Escalera | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

Primer apellido \* Tipo de vía \*

Nº \*

Municipio \*

Nombre \*

Segundo apellido

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | Puerta |  |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

Nombre vía \*

Piso \* Provincia \*

Código postal \* Teléfono fijo

Teléfono móvil Correo electrónico

Fax

Número de la tarjeta sanitaria

**DATOSDELA PERSONA AFECTADA**(Cumplimentarsolo en caso de que losdatossean diferentesa losde la personareclamante)

DNI/NIE \* Nombre \*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| ACCE | | | | | | | | | | |
|  | Bloque | | |  | | | | Escalera | | | |  |
| Municipio \* |  | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | Puerta |  |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Abuelo(a) | | |

Primer apellido \* Tipo de vía \*

Nº \*

Segundo apellido Nombre vía \*

Piso \*

Provincia \*

Código postal \* Teléfono fijo

Teléfono móvil Correo electrónico

Fax Parentesco

# DATOSDELA RECLAMACIÓN

Lugar de los

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Día de los hechos |  |
|  | | |
|  | | |
|  | Primer apellido  Categoría profesional |  |
|  |  |

hechos Centro

Servicio Nombre Segundo apellido

# HECHOS

En\* a\*

Firma de la persona reclamante o representante legal

**SR./A TITULAR DELACONSEJERÍA DESANIDAD**

**Destinatario**

**Comunicación al reclamante**

El tratamiento de los datos de carácter personal aquí recogidos se ceñirá a lo estipulado por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada Ley. Podrán cederse a los demás organismos públicos que directa o indirectamente intervengan en la tramitación del procedimiento, además de las cesiones previstas en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El titular podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Consejería competente de la Administración de la Comunidad Autónoma, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la referida Ley.

La reclamación contenida en este impreso deberá ser respondida en el plazo de 2 meses desde su presentación en cualquiera de los registros de la Consejería competente en materia de sanidad. En el caso de no recibir respuesta en dicho plazo, el usuario podrá reiterar la reclamación ante la Secretaría General Técnica de dicha Consejería.

Imprimir formulario

Paramás información

Avenida Juan XXIII, nº 17, 5ª planta, 35004-Las Palmas de Gran Canaria

<http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad>

Rambla Santa Cruz, nº 53 38006 - Santa Cruz de Tenerife

Teléfono de Información del Gobierno de Canarias 012