

SUBSANACIÓN DE LA SOLICITUD

CÓDIGO SIA 2 4 0 1 0 2 0

DESTINO	SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES	
CÓDIGO DIR3	A04003754	
PROCEDIMIENTO	SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA	

SOLICITANTE

Persona física

DNI/NIE		Nombre	
Apellido 1		Apellido 2	

Persona jurídica

NIF		Denominación social	
-----	--	---------------------	--

REPRESENTANTE

DNI/NIE		Nombre	
Apellido 1		Apellido 2	
NIF		Denominación social	

Medio de acreditación de la representación¹ REA Otros: _____

EXPEDIENT RELACIONADO

N.º registro ²		Expediente ³	
---------------------------	--	-------------------------	--

EXPONGO

Que en contestación al requerimiento de subsanación recibido para corregir las deficiencias de la solicitud, y de acuerdo con lo previsto en el artículo 68.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, aporto los siguientes datos o documentos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Además, (añada lo que considere oportuno)

[Large empty rectangular box for stamp or signature]

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

(INTRODUZCA ESTA INFORMACIÓN REFERIDA A SU PROCEDIMIENTO)



[Address box], [Box] de de [Box] 20 [Box]

(Localidad, fecha y firma)

[rúbrica]

INSTRUCCIONES

Escriba preferentemente en mayúsculas, sobre todo en el apartado de datos personales.

1. Si acredita la representación por un medio diferente de la inscripción en el Registro electrónico de apoderamientos (REA), tiene que presentar el documento que la acredite.
2. En este campo debe incluir, si lo tiene, el número de registro de la solicitud que presentó.
3. En este campo debe incluir, si lo tiene, el número de expediente que le haya facilitado la Administración en relación con la solicitud que presentó.

