



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	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Apellido 1	<input type="text"/>	Apellido 2	<input type="text"/>

Persona jurídica

NIF	<input type="text"/>	Denominación social	<input type="text"/>
-----	----------------------	---------------------	----------------------

REPRESENTANTE

DNI/NIE	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Apellido 1	<input type="text"/>	Apellido 2	<input type="text"/>
NIF	<input type="text"/>	Denominación social	<input type="text"/>

Medio de acreditación de la representación¹ ☐ REA ☐ Otros:

EXPEDIENT RELACIONADO

N.º registro ²	<input type="text"/>	Expediente ³	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------	-------------------------	----------------------

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, apporto los siguientes datos o documentos:

-
-
-
-
-

Además, (añada lo que considere oportuno)

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

(INTRODUZCA ESTA INFORMACIÓN REFERIDA A SU PROCEDIMIENTO)

, de de 20

(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.

