



# SOLICITUD TARJETA SANITARIA

CÓDIGO SIA

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 8 | 9 | 6 | 2 | 3 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

|             |                               |
|-------------|-------------------------------|
| DESTINO     | SERVICIO DE TARJETA SANITARIA |
| CÓDIGO DIR3 | A04022261                     |

## TIPO DE SOLICITUD<sup>1</sup>

Seleccione el tipo de solicitud, dependiendo de si la persona solicitante es el asegurado de la asistencia sanitaria y titular principal de la tarjeta sanitaria o si la persona solicitante es beneficiaria del asegurado.

Como asegurado de la asistencia sanitaria (titular principal de la tarjeta), para el propio asegurado.

Como asegurado de la asistencia sanitaria (titular principal de la tarjeta), para el propio asegurado y otras personas beneficiarias.

Como asegurado de la asistencia sanitaria (titular principal de la tarjeta), para otras personas beneficiarias.

Como beneficiario de un asegurado de la asistencia sanitaria (titular beneficiario de la tarjeta).

## MOTIVO DE SOLICITUD

Solicitud inicial

Renovación

Duplicado (en caso de pérdida o deterioro)

Modificación de datos

## LUGAR DE RECOGIDA DE LA TARJETA SANITARIA

Seleccione si desea recoger la tarjeta sanitaria en los Servicios Centrales del IBSALUT, en la C/ Reina Esclaramunda número 9, 07003, Palma, o en el Centro de Salud que corresponda a su domicilio de residencia.

Centro de Salud de Mallorca

Centro de Salud de Ibiza y Formentera

Centro de Salud de Menorca

Servicios Centrales del IBSALUT (Mallorca)

## SOLICITANTE

|  |                      |              |                      |
|--|----------------------|--------------|----------------------|
| DNI/NIE  | <input type="text"/> | Nombre       | <input type="text"/> |
| Apellido 1                                     | <input type="text"/> | Apellido 2   | <input type="text"/> |
| Número de Tarjeta Sanitaria (CIP) <sup>2</sup> | <input type="text"/> |              |                      |
| Dirección electrónica                          | <input type="text"/> | Teléfono     | <input type="text"/> |
| País de nacimiento                             | <input type="text"/> | Nacionalidad | <input type="text"/> |

**TITULAR PRINCIPAL**

En caso de actuar como beneficiario, rellene los siguientes datos del titular principal de la tarjeta:

|         |                      |                                   |                      |
|---------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|
| DNI/NIE | <input type="text"/> | Número de Tarjeta Sanitaria (CIP) | <input type="text"/> |
|---------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|

**DOMICILIO**

Los datos del domicilio deben corresponder con los datos de empadronamiento de la persona solicitante. Es necesario aportar certificado de empadronamiento, excepto en los municipios siguientes: Alaró, Banyalbufar, Búger, Calvià, Deià, Escorca, Esporles, Estellencs, Fornalutx, Lloret, Lloseta, Mancor, Maria de la Salut, Palma, Puigpunyent, Santa Eugènia, Santa Maria, Sineu, Valldemossa y todos los municipios de Menorca.

|               |                      |           |                      |
|---------------|----------------------|-----------|----------------------|
| Dirección     | <input type="text"/> |           |                      |
| Código postal | <input type="text"/> | Localidad | <input type="text"/> |
| Provincia     | <input type="text"/> | Municipio | <input type="text"/> |

**PERSONAS BENEFICIARIAS<sup>3</sup>**

Indique los datos de las personas beneficiarias para las cuales solicita la tarjeta sanitaria, así como su relación familiar.

**Beneficiario 1**

|   |                      |                                   |                                  |
|---|----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| DNI/NIE                                     | <input type="text"/> | Nombre                            | <input type="text"/>             |
| Apellido 1                                  | <input type="text"/> | Apellido 2                        | <input type="text"/>             |
| País de nacimiento                          | <input type="text"/> | Nacionalidad                      | <input type="text"/>             |
| Fecha nacimiento                            | <input type="text"/> | Nº Tarjeta sanitaria (CIP)        | <input type="text"/>             |
| <b>Relación con la persona beneficiaria</b> |                      | <input type="radio"/> Tutor Legal | <input type="radio"/> Progenitor |

**Beneficiario 2**

|   |                      |                                   |                                  |
|---|----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| DNI/NIE                                     | <input type="text"/> | Nombre                            | <input type="text"/>             |
| Apellido 1                                  | <input type="text"/> | Apellido 2                        | <input type="text"/>             |
| País de nacimiento                          | <input type="text"/> | Nacionalidad                      | <input type="text"/>             |
| Fecha nacimiento                            | <input type="text"/> | Nº Tarjeta sanitaria (CIP)        | <input type="text"/>             |
| <b>Relación con la persona beneficiaria</b> |                      | <input type="radio"/> Tutor Legal | <input type="radio"/> Progenitor |

**Beneficiario 3**

|   |                      |                                   |                                  |
|---|----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| DNI/NIE                                     | <input type="text"/> | Nombre                            | <input type="text"/>             |
| Apellido 1                                  | <input type="text"/> | Apellido 2                        | <input type="text"/>             |
| Pais de nacimiento                          | <input type="text"/> | Nacionalidad                      | <input type="text"/>             |
| Fecha nacimiento                            | <input type="text"/> | Nº Tarjeta sanitaria (CIP)        | <input type="text"/>             |
| <b>Relación con la persona beneficiaria</b> |                      | <input type="radio"/> Tutor Legal | <input type="radio"/> Progenitor |

**REPRESENTANTE**<sup>4</sup>

|   |                      |                                     |                      |
|---|----------------------|-------------------------------------|----------------------|
| 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"/> |
| <b>Medio de acreditación de la representación</b> |                      | ○ REA ○ Otros: <input type="text"/> |                      |

**CANAL PREFERENTE DE NOTIFICACIÓN**<sup>5</sup>

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Notificación a:</b>  | <input type="checkbox"/> Persona solicitante | <input type="checkbox"/> Persona o entidad representante |
| <input type="checkbox"/> <b>Notificación electrónica (obligatoria para las personas jurídicas y opcional para las personas físicas)</b><br>Sujetos obligados a relacionarse electrónicamente con las administraciones públicas de acuerdo con lo establecido en el artículo 14.2 y 3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.<br><br>Los avisos de la puesta a disposición de la notificación en la <a href="#">Carpeta Ciudadana de la Sede Electrónica del GOIB</a> se enviarán:<br><input type="checkbox"/> A la dirección electrónica de la persona interesada <input type="checkbox"/> A la dirección electrónica del representante<br><input type="checkbox"/> Dirección electrónica diferente indicada a continuación:<br><input type="text"/> |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Notificación por correo postal (seleccione una opción):</b><br><input type="checkbox"/> A la dirección de la persona interesada <input type="checkbox"/> A la dirección del representante <input type="checkbox"/> Dirección diferente indicada a continuación  |  |  |
| Dirección postal  | <input type="text"/>                         |  |

**CLÁUSULA DE NO CONSENTIMIENTO EXPRESO**

Según el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, refrendado en la disposición adicional octava de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, se permite que el Servicio de Salud de las Islas Baleares pueda consultar por medios electrónicos datos de documentos elaborados por otras administraciones que sean requeridos para la gestión del acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria por medio de la expedición de la tarjeta sanitaria individual. Si se opone a que el Servicio de Salud consulte datos y documentos para comprobar si cumple los requisitos establecidos por la normativa aplicable a este procedimiento, marque las casillas siguientes y aporte la documentación acreditativa.

**Me opongo** a que el Servicio de Salud de las Islas Baleares, a efectos de este procedimiento, pueda solicitar a la Dirección General de Policía, los datos del Documento Nacional de Identidad (DNI) y/o del Documento Identificación Extranjeros (NIE).

**Me opongo** a que el Servicio de Salud de las Islas Baleares, a efectos de este procedimiento, pueda solicitar al Ayuntamiento que corresponda los datos de inscripción en el Padrón Municipal de Habitante.

**DOCUMENTACIÓN**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Fotografía del solicitante                              |
| <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa del progenitor o tutor legal |
| <input type="checkbox"/> Fotografía de los beneficiarios                         |
| <input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento                          |
| <input type="checkbox"/> DNI/NIE   |
| <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa del representante voluntario |

#### DECLARACIÓN RESPONSABLE Y FIRMA

Declaro que son ciertos los datos consignados en esta solicitud y los documentos aportados, y sé que la inexactitud, la falsedad o la omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 69.4 de la Ley 39/2015.

,  de  20

(Localidad, fecha y firma)

[rúbrica]

#### INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares (Calle Reina Esclarmunda nº9, 07003. Palma-Mallorca).

Sus datos personales serán tratados con la finalidad de gestionar el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual. Sus datos personales serán incorporados en la actividad de tratamiento «Usuarios del sistema sanitario».

Tiene derecho a oponerse al tratamiento de sus datos, así como a limitar el mismo, acceder, rectificar, suprimir los datos y ejercer su derecho a portabilidad, mediante petición escrita dirigida al departamento atención al usuario de la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares. C/Reina Esclarmunda nº9, 07003. Palma (Mallorca). Además, tiene derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control.

La Delegación de Protección de Datos del Servicio de Salud de las Islas Baleares tiene la sede en la Dirección de Gestión y Presupuestos (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). El correo electrónico de contacto es [dpd@ibsalut.es](mailto:dpd@ibsalut.es)

Si quiere más información sobre el tratamiento de sus datos personales, la puede encontrar en el apartado «Registro de actividades de tratamiento» de la Dirección General del Servicio de Salud de las Illes Balears del portal web del Servicio de Salud (<https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/proteccion-de-datos-personales/534-registro-de-actividades-de-tratamiento/3946-registro-de-actividades-de-tratamiento-del-servicio-de-salud-de-las-islas-baleares> ).



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

1. Las personas que tengan reconocido el derecho a la asistencia sanitaria pública como aseguradas o como beneficiarias de un asegurado pueden solicitar la tarjeta sanitaria, de conformidad con el Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, la Instrucción 9/2011, de 23 de diciembre, del Director General del Servicio de Salud de las Islas Baleares sobre la expedición y el régimen de uso de la tarjeta sanitaria individual y la Instrucción 20/2013, de 5 de septiembre, sobre expedición de la nueva tarjeta sanitaria individual.
2. El número de Tarjeta Sanitaria (CIP) no es necesario en caso de solicitud inicial.
3. Indique los datos de las personas beneficiarias para las cuales solicita la tarjeta sanitaria, así como su relación familiar.
  - **Progenitor:** Persona física que ejerce la patria potestad. Si se formaliza la solicitud por medio de un progenitor, se tiene que acreditar esta condición y presentar el documento acreditativo. De conformidad con el artículo 156 del Código Civil, respecto de terceros de buena fe, se presumirá que cada uno de los progenitores actúa en el ejercicio ordinario de la patria potestad con el consentimiento del otro progenitor.
  - **Tutor legal:** Persona física que ejerce la tutela sobre un menor o incapacitado. Si se formaliza la solicitud por medio de un tutor legal, se tiene que acreditar esta condición y presentar el documento acreditativo .
4. En caso de que el solicitante actúe mediante un representante voluntario, que no sea el titular ni el beneficiario de la tarjeta sanitaria, 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.
5. Señale como canal preferente de notificación una de las opciones, salvo que esté obligado a relacionarse telemáticamente con la Administración, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas. Es importante que indique una dirección de correo electrónico para recibir el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica en la [Carpeta Ciudadana de la Sede Electrónica del GOIB](https://www.caib.es/carpeta) (<https://www.caib.es/carpeta>). También tiene disponible la notificación electrónica en la [Dirección Electrónica Habilitada Única \(DEHÚ\)](https://dehu.redsara.es/) (<https://dehu.redsara.es/>).