



# ALEGACIONES M. ORTOPROTÉSICO

CÓDIGO SIA

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 0 | 7 | 4 | 3 | 0 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>DESTINO</b>       | <b>SERVICIO DE PRESTACIONES</b>  |
| <b>CÓDIGO DIR3</b>   | <b>A040264547</b>  |
| <b>PROCEDIMIENTO</b> | <b>REINTEGRO DE GASTOS POR LA ADQUISICIÓN DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO (IB-SALUT)</b> |

## SOLICITANTE

|                         |  |                     |  |
|-------------------------|--|---------------------|--|
| <b>Persona física</b>   |  |                     |  |
| DNI/NIE                 |  | Nombre              |  |
| Apellido 1              |  | Apellido 2          |  |
| <b>Persona jurídica</b> |  |                     |  |
| NIF                     |  | Denominación social |  |

## REPRESENTANTE

|  |  |                     |  |
|--|--|---------------------|--|
| DNI/NIE  |  | Nombre              |  |
| Apellido 1   |  | Apellido 2          |  |
| NIF  |  | Denominación social |  |
| <b>Medio de acreditación de la representación<sup>1</sup></b> <input type="radio"/> REA <input type="radio"/> Otros: |  |                     |  |

## EXPEDIENTE RELACIONADO

|                           |  |                         |  |
|---------------------------|--|-------------------------|--|
| N.º registro <sup>2</sup> |  | Expediente <sup>3</sup> |  |
|---------------------------|--|-------------------------|--|

## EXPONGO

Que en relación con la solicitud presentada en el procedimiento indicado, de conformidad con lo previsto en el artículo 76 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, formuló las siguientes :

## ALEGACIONES

## DOCUMENTACIÓN

### Documentación que se adjunta

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

## INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la legislación vigente en materia de protección de datos personales, le informamos del tratamiento de los datos de carácter personal que constan en este formulario.

**Finalidad del tratamiento y base jurídica:** la finalidad de este tratamiento de datos es la gestión del acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria por medio de la expedición de la tarjeta sanitaria individual. Los datos de carácter personal serán tratados por el Servicio de Salud de las Islas Baleares e incorporados a la actividad de tratamiento «Usuarios del sistema sanitario». El tratamiento de sus datos es necesario para cumplir una misión realizada en interés público y una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.

**Responsable del tratamiento:** Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares. C/ de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma).

**Destinatarios de los datos personales:** de conformidad con el Real decreto legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley general de la seguridad social, y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, sus datos podrán ser comunicados a otros órganos de la Seguridad Social y a servicios de salud de otras comunidades autónomas con la finalidad de la atención sanitaria de los usuarios del Sistema Nacional de Salud. En ningún caso, ninguno los datos de carácter personal que consten en esta solicitud serán cedidos ni utilizados para una finalidad distinta a la descrita.

**Plazo de conservación de los datos personales:** se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir la finalidad para la que se recogen y para determinar las posibles responsabilidades que puedan derivarse de dicha finalidad y del tratamiento de los datos.

**Ejercicio de derechos y reclamaciones:** tiene derecho a oponerse al tratamiento de sus datos y a limitarlo; también tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos y a ejercer el derecho a la portabilidad de estos. Para hacerlo, tiene que dirigir una solicitud por escrito al Servicio de Atención al Usuario de la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). La solicitud para ejercer cualquiera de estos derechos debe ir acompañada de una copia del documento oficial que le identifique (DNI, carnet de conducir o pasaporte).

Asimismo, puede dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos y a otros organismos públicos competentes para interponer cualquier reclamación derivada del tratamiento de sus datos personales.

**Delegación de Protección de Datos: La Delegación de Protección de Datos del Servicio de Salud de las Islas Baleares tiene su sede en la calle de la Reina Esclaramunda núm. 9, de Palma (Mallorca). Correo electrónico de contacto: [dpd@ibsalut.es](mailto:dpd@ibsalut.es).**

, 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.