



PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
REINTEGRO DE GASTOS DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA	SOLICITUD

<b>DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE</b>							
NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NIF	
TIPO	NOMBRE DE LA VÍA			NÚM.	BLOQ.	PISO	PUERTA
PARROQUIA				LUGAR			
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA		AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD		
TELÉFONO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO			N.º TARJETA SANITARIA		

<b>Y, EN SU REPRESENTACIÓN</b> (deberá acreditarse la representación fidedigna por cualquier medio válido en derecho)							
NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NIF	

<b>DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN</b>							
Se notifique a:		<input type="radio"/> Persona solicitante			<input type="radio"/> Persona representante		
TELÉFONO MÓVIL				CORREO ELECTRÓNICO			
• Postal (cubrir la dirección postal solo si es distinta de la indicada anteriormente)							
TIPO	NOMBRE DE LA VÍA			NÚM.	BLOQ.	PISO	PUERTA
PARROQUIA				LUGAR			
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA		AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD		

<b>DATOS BANCARIOS</b>							
Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados relativos a la cuenta bancaria indicada.							
TITULAR DE LA CUENTA				NÚMERO DE LA CUENTA BANCARIA (24 DÍGITOS)			
				IBAN			

<b>DATOS ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO</b>							
Nº DE LA PRESCRIPCIÓN							

<b>LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DECLARA:</b>							
1. Que todos los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que se presentan son ciertos.							
2. Que son ciertos los datos que se consignan en la solicitud relativos a la cuenta bancaria en que se efectuará el reintegro de gastos, así como que la persona solicitante es su titular.							

<b>COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN DE SILLA DE RUEDAS Y OTROS PRODUCTOS RECUPERABLES</b>							
Acepto las condiciones establecidas en la normativa vigente y acepto devolver la silla de ruedas una vez finalizado su uso.							

<b>DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA</b>							
<input type="checkbox"/> Prescripción realizada por el facultativo especialista del Servicio Gallego de Salud (hoja de prescripción)							
<input type="checkbox"/> Ficha técnica del producto dispensado							
<input type="checkbox"/> Factura de la adquisición del material ortoprotésico							
<input type="checkbox"/> Documento de cesión de crédito (endoso)							

<b>COMPROBACIÓN DE DATOS</b>						<b>ME OPONGO A LA CONSULTA</b>	
Los documentos relacionados serán objeto de consulta a las Administraciones públicas. En caso de que las personas interesadas se opongan a esta consulta, deberán indicarlo en el cuadro correspondiente y aportar una copia de los documentos.							
• DNI o NIE de la persona solicitante						o	

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se le informa de que los datos personales que facilite en este formulario quedarán registrados en un fichero de titularidad de la Consellería de Sanidad/Servicio Gallego de Salud, con dirección en Edificio Admtvo. San Lázaro s/n - 15781 Santiago de Compostela, con el objeto de gestionar el presente procedimiento. La persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la **Secretaría General Técnica de la Consellería de Sanidad**, como responsable del fichero, solicitándolo por escrito y acreditando fidedignamente su identidad o la representación que ostente, de conformidad con la normativa vigente.

#### LEGISLACIÓN APLICABLE

Orden de 28 de mayo de 2013 por la que se regula la prestación ortoprotésica en la Comunidad Autónoma de Galicia

#### FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

	,		de		de	
--	---	--	----	--	----	--

ÁREA SANITARIA DE \_\_\_\_\_