

FORMULARIO SOLICITUDE
PROCESO ARTICULADO PARA Á AVALIACIÓN
DE POSIBLES AFECTADOS POR TALIDOMIDA

DATOS APORTADOS POLO SOLICITANTE

Nome e apelidos do solicitante:.....

Nome e apelidos da persoa que o represente (no seu caso)

.....

A efectos de notificacións, desexo que se contacte comigo por un dos seguintes medios

- Dirección postal:
- Correo electrónico:
- Teléfono de contacto.....

O abaixo asinante solicita ser avaliado pola Unidade Técnica da súa Comunidade Autónoma para determinar a súa posible afectación pola Talidomida.

Asina:

En, a de de 2018

Dirixido á Unidade Técnica da Comunidade Autónoma de Galicia.

Unidade de xestión de afectados por Talidomida.

Servizo Galego de Saúde. Subdirección Xeral de Avaliación Asistencial e Garantías.

Edificio Administrativo San Lázaro, s/n. 15703. Santiago de Compostela. A Coruña

Teléfono: 881542866 – Fax: 881542897 – Email: avaliacion.asistencial.garantias@sergas.es

NOTA: Envíe soamente o “Formulario de Solicitud”. Absterse de enviar mais documentación. Cando reciba a cita desde a unidade de diagnóstico da súa Comunidade Autónoma informaráselle da documentación que ten que achegar.

Aviso legal sobre protección de datos: Os seus datos serán incorporados nun ficheiro responsabilidade do Instituto de Salud Carlos III coa finalidade de xestionar todas as actividades relacionadas coa súa participación no “Proceso articulado para a avaliación de posibles afectados por talidomida”. Os seus datos non serán cedidos a terceiras persoas alleas a este proceso. Se desexa exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación ou oposición, pode dirixirse á seguinte dirección: Instituto de Salud Carlos III. Instituto de Investigación de Enfermedades Raras. Avenida de Monforte de Lemos, 5, 28029 Madrid, ou enviar un correo electrónico á seguinte dirección: registro.raras@isciii.es, ou chamar ao teléfono: 91 8222043 o 91 8222590.