



D./D^a. (EL SOLICITANTE), con
domicilio en, con
teléfonos de contacto, y DNI
nº....., en calidad de (VINCULACIÓN CON EL MENOR) del
menor (NOMBRE), y domicilio
habitual en:

SOLICITO:

Sea emitido un duplicado de la Tarjeta Sanitaria Individual del menor antes mencionado, a cuyo efecto he sido informado de que no se podrá efectuar ningún cambio en los datos preexistentes sobre la Tarjeta Sanitaria Individual del mismo, y específicamente en lo referente al domicilio que consta en la Base de Datos de Tarjeta Sanitaria (Sistema de Información Poblacional de la Consejería de Sanidad) o al Facultativo asignado a dicha Tarjeta.

En Madrid, a de de 20....

Fdo: El Solicitante

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero *Sistema de Información Poblacional y Gestión de la TSI*, cuya finalidad es la información básica de los ciudadanos usuarios del sistema sanitario público y de los solicitantes de la tarjeta sanitaria u otro documento sanitario que posibilita la planificación y gestión de la asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, y no podrán ser cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento. Ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Subdirección de Coordinación de Atención Primaria y Aseguramiento
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD. CONSEJERÍA DE SANIDAD