



**ANEXO I**  
**SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA**

Página 1 de 2

**Datos de la persona interesada**

NIF/TIE/N.º Pasaporte	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Sexo	Nacionalidad	País de procedencia	

Fecha de nacimiento		Teléfono fijo/móvil
---------------------	--	---------------------

**Datos de la persona representante (cumplimentar sólo en el caso de que la persona interesada actúe por medio de representante)(padre, madre, tutor legal o persona autorizada)**

NIF/TIE/N.º Pasaporte	Nombre	Apellido 1	Apellido 2	Teléfono fijo/móvil
-----------------------	--------	------------	------------	---------------------

**VINCULACIÓN ENTRE EL REPRESENTANTE Y EL INTERESADO**

- Representante legal  
(Adjuntar documento que acredite la representación legal)
- Persona autorizada al efecto  
(Adjuntar documento que acredite la autorización expresa)

**Datos a efectos de notificación**

Tipo de vía	Nombre de la vía	N.º	Piso	Puerta	Otros	Código postal	Localidad
Municipio	Provincia	Teléfono	Fax	Dirección de correo electrónico			

**Solicita**

La inclusión en el Sistema Sanitario Público de Cantabria, a los efectos de recibir asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

**DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD**  
**(Unidad de tramitación de Tarjeta Sanitaria)**  
Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n (edificio anexo a Hospital Cantabria)  
39011-Santander. Cantabria.  
T: 942 20 27 70

**Documentación adjunta (marque lo que proceda)**

TIPO DE DOCUMENTO	AUTORIZO LA CONSULTA <sup>1</sup>	SE APORTA CON LA SOLICITUD
1. Fotocopia de DNI, tarjeta de identidad de extranjero (TIE) o pasaporte del interesado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Certificado/volante conjunto de empadronamiento en un ayuntamiento de Cantabria con una antigüedad mínima de tres meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 En caso de que el interesado presente la solicitud a través de representante:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DNI, tarjeta de identidad de extranjero (TIE) o pasaporte del representante		<input type="checkbox"/>
- Documento que acredite la representación		<input type="checkbox"/>
4. En caso de solicitantes de los países de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo y de la Confederación Suiza, así como de los países no comunitarios con los que España tiene suscrito convenio bilateral de la Seguridad Social: Certificado emitido por la autoridad competente de su país de origen o procedencia, acreditativo de que no procede la exportación del derecho a la prestación de las asistencia sanitaria.		<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Autorizo a la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos y en el artículo 12 del Decreto 20/2012, de 12 de abril, Simplificación Documental en los Procedimientos Administrativos. En aquellos casos en los que haya presentado con anterioridad en la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria la documentación solicitada, indique la fecha y el órgano o dependencia en que fueron presentados, estando exento de presentar dicha documentación.

FECHA	DOCUMENTACIÓN PRESENTADA	ÓRGANO O DEPENDENCIA

**Declaración responsable**

Son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y, en su caso, en la documentación adjunta y esta última es fiel copia de los originales. Conozco y acepto que la Administración Pública podrá comprobar, en cualquier momento, la veracidad de todos los documentos, datos y cumplimiento de los requisitos por cualquier medio admitido en Derecho. En el supuesto de que la Administración compruebe la inexactitud de los datos declarados, el órgano gestor estará facultado para realizar las actuaciones procedentes sin perjuicio de las responsabilidades que pudieran corresponder en virtud de la legislación aplicable.

Quedo enterado de la obligación de comunicar a la Consejería de Sanidad o al Servicio Cántabro de Salud cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo en los datos que figuran en la presente solicitud y en la documentación adjunta.

No tengo la condición de asegurado o de beneficiario a efectos de la prestación sanitaria reconocida por el INSS/ISM y carezco de cualquier tipo de protección sanitaria pública. Además declaro que no procede la exportación del derecho a la prestación de la asistencia sanitaria desde mi país de origen o procedencia. Asimismo declaro que no tengo suscrito un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria.

Lugar y fecha:	Firma:
_____, a ___ de _____ de _____	Fdo. _____

**DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD**  
**(Unidad de tramitación de Tarjeta Sanitaria)**  
 Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n (edificio anexo a Hospital Cantabria)  
 39011-Santander. Cantabria.  
 T: 942 20 27 70