



**ANEXO III  
COMUNICACIÓN DE MODIFICACION DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE DIERON LUGAR A LA SUSCRIPCIÓN DEL  
CONVENIO ESPECIAL DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA**

**Datos de la persona interesada**

NIF/TIE/N.º Pasaporte	Nombre	Apellido 1	Apellido 2

**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**

<input type="checkbox"/> Representante legal (Adjuntar documento que acredite la representación legal) (En el caso de que se trate de alguno de los padres respecto a sus hijos menores de edad, podrá optarse por presentar la documentación que acredite dicha relación o por autorizar a la Administración a que consulte dichos datos)	<input type="checkbox"/> 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		

**Comunicación modificación de circunstancias**

D. D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ (*nombre de la persona interesada*) suscribió en fecha \_\_\_\_\_ un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Por medio del presente escrito,

**COMUNICA**  
 Que se ha producido la modificación de las circunstancias que se describen a continuación, modificación que pudiera dar lugar a la extinción del convenio:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero Gestión de Usuarios del Sistema Sanitario, cuya finalidad es la gestión y control de la base de datos poblacional del Servicio Cantabro de Salud, y podrán ser cedidos de conformidad con lo previsto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos en la citada Ley, ante el Servicio Cantabro de Salud.  
 Para cualquier consulta relacionada con el procedimiento, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 (902 139 012 si llama desde fuera de la Comunidad Autónoma).

**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. En caso de que el interesado presente la solicitud a través de representante:		
- DNI, tarjeta de identidad de extranjero (TIE) o pasaporte del representante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Documento que acredite la representación	<input type="checkbox"/> (Únicamente posible en caso de que representante sea padre o madre de interesado menor de edad)	<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

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

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

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero Gestión de Usuarios del Sistema Sanitario, cuya finalidad es la gestión y control de la base de datos poblacional del Servicio Cántabro de Salud .y podrán ser cedidos de conformidad con lo previsto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos en la citada Ley, ante el Servicio Cántabro de Salud.

Para cualquier consulta relacionada con el procedimiento, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 (902 139 012 si llama desde fuera de la Comunidad Autónoma).