



ANEXO III
COMUNICACIÓN DE MODIFICACIÓN DE CIRCUNSTANCIAS EN RELACIÓN CON LA PRESTACIÓN ASISTENCIAL PARA PERSONAS EXTRANJERAS NO REGISTRADAS NI AUTORIZADAS COMO RESIDENTES EN ESPAÑA DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ART. 3 TER DE LA LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Datos de la persona interesada

TIE/N.º Pasaporte/ Doc Identificación de su país (solo comunitarios)	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
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)

TIE/N.º Pasaporte/ Doc Identificación de su país (solo comunitarios)	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Teléfono fijo/móvil
VINCULACIÓN ENTRE EL REPRESENTANTE Y EL INTERESADO				
<input type="checkbox"/> Representante legal (Adjuntar documento que acredite la representación legal)		<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

Mediante Resolución del Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud de fecha _____, se estima la inclusión en el Sistema Nacional de Salud, a los efectos de recibir asistencia sanitaria pública en España de (*nombre de la persona interesada*)
D. D^a _____.

Desde la fecha de dicha resolución se ha producido la modificación de circunstancias personales y/o de residencia que se describen a continuación, modificación que pudiera dar lugar a la extinción de la prestación:

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 ¹	SE APORTA CON LA SOLICITUD
1. Fotocopia de tarjeta de identidad de extranjero TIE/N.º Pasaporte/ Doc. Identificación de su país (solo comunitarios)	<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), documento de identificación de su país(solo comunitarios) o pasaporte del representante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Documento que acredite la representación		<input type="checkbox"/>
¹ 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 53.1d) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. 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.

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