

(Página 1 de 2)

ANEXO III

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

ADHESIÓN DE LA PERSONA DENTISTA PARA LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA DENTAL A LAS PERSONAS DE 6 A 15 AÑOS PROTEGIDAS POR EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA.**(Código procedimiento: 17817)** ADHESIÓN DE LA PERSONA DENTISTA

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

| 1 DATOS DE LA PERSONA DENTISTA O DE SU REPRESENTANTE | | | | | | |
|---|-----------------|---------------------|------------|-------|--|--------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN: | | | | | SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/NIF: |
| DOMICILIO: | | | | | | |
| TIPO VÍA: | NOMBRE VÍA: | | | | | |
| KM. VÍA: | LETRA: | NÚMERO: | ESCALERA: | PISO: | PUERTA: | |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN: | | MUNICIPIO: | PROVINCIA: | PAÍS: | CÓD. POSTAL: | |
| TELÉFONO FIJO: | TELÉFONO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL, en su caso: | | | | | SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/NIF: |
| TELÉFONO FIJO: | TELÉFONO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | |

| 2 DATOS DE LA CONSULTA O CLÍNICA DENTAL | | | | | | |
|---|-----------------|---------------------|------------|-------|--------------|--|
| DENOMINACIÓN: | | | | | N.I.C.A.: | |
| DOMICILIO: | | | | | | |
| TIPO VÍA: | NOMBRE VÍA: | | | | | |
| KM. VÍA: | LETRA: | NÚMERO: | ESCALERA: | PISO: | PUERTA: | |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN: | | MUNICIPIO: | PROVINCIA: | PAÍS: | CÓD. POSTAL: | |
| TELÉFONO FIJO: | TELÉFONO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | |

| 3 NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@. |
| <input type="checkbox"/> | Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema. |
| Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@. | |
| Correo electrónico: | Nº teléfono móvil: |

| 4 CONSENTIMIENTOS EXPRESOS | |
|--|--|
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA DENTISTA | |
| Marque una de las opciones. | |
| <input type="checkbox"/> | La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad. |
| <input type="checkbox"/> | NO CONSIENTE y aporta copia del DNI/NIE. |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA REPRESENTANTE | |
| Marque una de las opciones. | |
| <input type="checkbox"/> | La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad. |
| <input type="checkbox"/> | NO CONSIENTE y aporta copia del DNI/NIE. |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE TITULACIÓN DE LA PERSONA DENTISTA | |
| Marque una de las opciones. | |
| <input type="checkbox"/> | La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de titulación a través del Sistema de Verificación de Datos de Titulación. |
| <input type="checkbox"/> | NO CONSIENTE y aporta copia de la Titulación. |



002998/A01D

00159855



(Página 2 de 2)

ANEXO III

| 5 | ADHESIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA |
|--|--------------------------------|
| <p>La persona abajo firmante, con conocimiento de que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a este formulario, o la no presentación ante la Administración competente de la documentación que sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de los requisitos de adhesión, determinarán la imposibilidad de continuar con el ejercicio de la actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiere lugar.</p> <p>DECLARA SU ADHESIÓN para la prestación de los servicios de asistencia dental a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía y manifiesta que son ciertos cuantos datos figuran en el presente formulario, así como:</p> <p>PRIMERO: Que dispone de la titulación que posibilite su actuación profesional de acuerdo con la normativa vigente. SEGUNDO: Que está colegiado en el Colegio profesional correspondiente. TERCERO: Que no incurre en alguno de los supuestos de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, ni de la Ley 3/2005, de 8 de abril, de incompatibilidades de Altos Cargos de la Administración de la Junta de Andalucía y de Declaración de Actividades, Bienes, Intereses y Retribuciones de Altos Cargos y otros Cargos Públicos o normativa vigente en esta materia.</p> <p>Y SE COMPROMETE:</p> <p>PRIMERO: A mantener el cumplimiento de la normativa que le afecte durante el tiempo que se desarrolle la actividad indicada. SEGUNDO: A comunicar a la Delegación Territorial o Provincial competente en materia de salud, todos aquellos cambios que se produzcan en el formulario presentado. TERCERO: A someterse a las actuaciones de comprobación a efectuar por los servicios de control sanitario dependientes de la Consejería con competencias en materia de salud, aportando cuanta información y documentación le sean requeridos en el ejercicio de las actuaciones para la prestación de la asistencia dental a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía.</p> <p style="text-align: center;">En a de de</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA QUE REALIZA LA ADHESIÓN</p> <p style="text-align: center;">Fdo.:</p> | |

ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS ENCódigo Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas: **PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Delegación Territorial o Provincial competente en materia de salud de la provincia correspondiente, dependiente orgánicamente de la Consejería de Salud y Familias, cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla.
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la constancia registral y tramitación de la asistencia dental a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía, cuya base jurídica es el artículo 6.1. e) del RGPD (cumplimiento de una misión en interés público) y la normativa autonómica de asistencia dental a las personas de 6 a 15 años en el ámbito de Andalucía; no estando prevista la cesión o comunicación a terceros.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>

002998/A01D

00159855

