

## ANEXO SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS FARMACEUTICOS



**Persona Física**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre

N.I.F.	Teléfono	Correo Electrónico

**Representante legal** *(Cumplimentar solo cuando la solicitud se formula por distinta del solicitante)*

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre

N.I.F.	Teléfono	Correo Electrónico

Documento que acredita la representación

--

**Dirección a efectos de notificación**

Calle/Plaza	C.P.	Nº	Bloque	Esc.	Piso	Puerta

Provincia	Municipio	Localidad

Área Sanitaria	Centro de Salud	Medico de A. Primaria

Número de Tarjeta Sanitaria

--

**MOTIVO SOLICITUD**

--

Autorizo a la Administración para informarme mediante SMS o correos electrónicos del estado de mi solicitud así como de otro tipo de avisos relacionados que me puedan resultar de interés.  
 La persona solicitante autoriza a que la Administración del Principado de Asturias recabe la información que se relaciona a continuación a través de la plataforma de intermediación de datos de las Administraciones Públicas o a través de otros sistemas que se establezcan (en caso de no marcar alguna casilla, deberá acompañar a la solicitud la documentación correspondiente).

Al ministerio competente en materia de Interior, la consulta de los datos de identidad (DNI/NIE).

Firma

**En**

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (Lopd), la Administración del Principado de Asturias. le informa de que los datos personales recabados a través del presente formulario, así como los generados en el transcurso de la relación administrativa, serán incorporados a un fichero de su titularidad, cuya finalidad es el tratamiento de los expedientes administrativos.  
 Si entre la información que usted facilita, figuran datos de terceros, usted asume el compromiso de informarles de los extremos señalados en el párrafo anterior.  
 Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando por correo o presentando presencialmente el correspondiente formulario a la Oficina de Atención Ciudadana (SAC) en el edificio de Servicios Múltiples C/ Coronel Aranda, nº2, 33005 Oviedo (Asturias) (o a los distintos registros de la Administración del Principado de Asturias. También se pueden ejercitar estos derechos de forma electrónica a través del mismo formulario y que está disponible en la siguiente dirección <https://sede.asturias.es>.  
 Para obtener mas información de este servicio puede llamar al teléfono de atención al ciudadano 012 o 985 279 100, si la llamada la realiza desde fuera del Principado de Asturias, o bien acudir a [www.asturias.es](http://www.asturias.es). También puede enviar el formulario de solicitud a través de la sede electrónica del Principado de Asturias [www.asturias.es](http://www.asturias.es). Le recordamos que puede consultar el estado de esta solicitud en [www.asturias.es](http://www.asturias.es) desde su área personal. Para ello solo necesita disponer del DNIe, un certificado digital reconocido o la clave SAC.

**RESGUARDO PARA EL SOLICITANTE DE GASTOS FARMACEUTICOS**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre

N.I.F./N.I.E	Número de Tarjeta Sanitaria