

**SOL·LICITUD DE CÒPIA DE TARGETA SANITÀRIA SIP DE FILL O FILLA MENOR
D'EDAT PER A PROGENITORS QUE NO CONVIUEN
SOLICITUD DE COPIA DE TARJETA SANITARIA SIP DE HIJO O HIJA MENOR DE
EDAD PARA PROGENITORES QUE NO CONVIVEN****A DADES DEL SOL·LICITANT / DATOS DEL SOLICITANTE**

NOM I COGNOMS O RAÓ SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL		SIP	NIF
ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DIRECCIÓ (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		PROVÍNCIA / PROVINCIA	LOCALITAT / LOCALIDAD
CP	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC (*) / CORREO ELECTRÓNICO (*)	RELACIÓ DE PARENTIU / RELACIÓN DE PARENTESCO

B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT (si és el cas) / DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (en su caso)

NOM I COGNOMS O RAÓ SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL		SIP	NIF
ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DIRECCIÓ (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		PROVÍNCIA / PROVINCIA	LOCALITAT / LOCALIDAD
CP	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC (*) / CORREO ELECTRÓNICO (*)	

C DADES DEL MENOR / DATOS DEL MENOR

NOM I COGNOMS O RAÓ SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL	SIP	NIF	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
--	-----	-----	---

D DADES DE NOTIFICACIÓ I ENVIAMENT DE LA TARGETA / DATOS DE NOTIFICACIÓN Y ENVÍO DE LA TARJETA**D1 DADES DE NOTIFICACIÓ / DATOS DE NOTIFICACIÓN**

Indique en quina llengua desitja rebre notificacions: Indique en qué lengua desea recibir notificaciones:	<input type="checkbox"/> Valencià / Valenciano	<input type="checkbox"/> Castellà / Castellano	Si el sol·licitant és persona física, accepta la notificació per mitjans electrònics Si el solicitante es persona física, acepta la notificación por medios electrónicos	<input type="checkbox"/> Sí
--	--	--	---	-----------------------------

EMPLENAR EN CAS QUE SIGA DIFERENT ALS APARTATS A ó B / RELLENAR EN CASO DE QUE SEA DIFERENTE A LOS APARTADOS A ó B

ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DIRECCIÓ (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		PROVÍNCIA / PROVINCIA	LOCALITAT / LOCALIDAD
CP	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC (*) / CORREO ELECTRÓNICO (*)	

(*) A l'efecte de la pràctica de notificacions electròniques, l'interessat haurà de disposar de certificat electrònic en els termes previstos en la seu electrònica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

(*) A efectos de la práctica de notificaciones electrónicas, el interesado deberá disponer de certificado electrónico en los términos previstos en la sede electrónica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

D2 DADES D'ENVIAMENT DE LA TARGETA / DATOS DE ENVÍO DE LA TARJETA**EMPLENAR EN CAS QUE SIGA DIFERENT A L'APARTAT A / RELLENAR EN CASO DE QUE SEA DIFERENTE AL APARTADO A**

ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚM. I PORTA) / DIRECCIÓ (CALLE/PLAZA, NÚM. Y PUERTA)	PROVÍNCIA / PROVINCIA	LOCALITAT / LOCALIDAD	CP
---	-----------------------	-----------------------	----

E DOCUMENTS QUE HAN D'ADJUNTAR-SE / DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE

- Fotocòpia DNI del sol·licitant o permís de residència per a estrangers. / *Fotocopia DNI del solicitante o permiso de residencia para extranjeros.*
- Fotocòpia DNI del menor o permís de residència per a estrangers. / *Fotocopia DNI del menor o permiso de residencia para extranjeros.*
- Fotocòpia TESTIMONIADA de la sentència judicial i conveni regulador (si existeix).
Fotocopia TESTIMONIADA de la sentencia judicial y convenio regulador (si existe).
- Fotocòpia TESTIMONIADA de les mesures provisionals de l'exercici de la pàtria potestat.
Fotocopia TESTIMONIADA de las medidas provisionales del ejercicio de la patria potestad.

Els documents indicats són obligatoris. La sentència judicial, el conveni regulador o les mesures provisionals han d'estar obligatòriament TESTIMONIADES pel Jutjat corresponent o amb notificació oficial de LEXNET. La no presentació d'algun d'ells suposarà la no emissió de la targeta sol·licitada.
Los documentos indicados son obligatorios. La sentencia judicial, el convenio regulador o las medidas provisionales deben estar obligatoriamente TESTIMONIADAS por el Juzgado correspondiente o con notificación oficial de LEXNET. La no presentación de alguno de ellos supondrá la no emisión de la tarjeta solicitada.

F SOL·LICITUD / SOLICITUD

SOL·LICITE còpia de la targeta SIP de la persona menor d'edat indicada a l'apartat C.
SOLICITO copia de la tarjeta SIP de la persona menor de edad indicada en el apartado C.

AUTORITZE la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública a: / AUTORIZO a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública a:

- Actualitzar les dades existents en el Sistema d'Informació Poblacional (SIP), amb la informació aportada per altres bases de dades administratives.
- Actualizar los datos existentes en el Sistema de Información Poblacional (SIP), con la información aportada por otras bases de datos administrativas.
- La consulta i comprovació de les dades declarades, amb garantia de confidencialitat, a través del Sistema de Verificació de dades d'identitat i residència i altres Administracions Públiques.
- La consulta y comprobación de los datos declarados, con garantía de confidencialidad, a través del Sistema de Verificación de datos de identidad y residencia y otras Administraciones Públicas.

Abans de signar la sol·licitud, ha de llegir la informació sobre protecció de dades següent, atès que comporta el tractament de dades de caràcter personal.
Antes de firmar la solicitud, debe leer la información sobre protección de datos siguiente, dado que conlleva el tratamiento de datos de carácter personal.

_____, ____ de _____ de _____

SIGNATURA ELECTRÒNICA / FIRMA ELECTRÓNICA

**(SIGNAR A MÀ NOMÉS EN CAS DE REGISTRE PRESENCIAL
FIRMAR A MANO SÓLO EN CASO DE REGISTRO PRESENCIAL)**

Signatura / Firma: _____
El sol·licitant / El solicitante

G INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES / INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Nom de l'activitat de tractament: Sol·licitud de còpia de targeta sanitària sip de fill o filla menor d'edat per a progenitors que no conviuen.
Nombre de la actividad de tratamiento: Solicitud de copia de tarjeta sanitaria sip de hijo o hija menor de edad para progenitores que no conviven.

Finalitat del tractament: Gestió de la sol·licitud de còpia de targeta sanitària sip de fill o filla menor d'edat per a progenitors que no conviuen.
Finalidad del tratamiento: Gestión de la solicitud de copia de tarjeta sanitaria sip de hijo o hija menor de edad para progenitores que no conviven.

Identitat del responsable del tractament: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
Identidad del responsable del tratamiento: Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

Legitimació: RPDG 6.1 c) el tractament és necessari per al compliment d'una obligació legal aplicable al responsable del tractament. Llei 10/2014, de 29 de desembre, de Salut de la Comunitat Valenciana.

Legitimación: RPDG 6.1 c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana.

Drets de les persones interessades: Tenen dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, la rectificació o supressió de les mateixes, a la limitació del seu tractament, a oposar-se al mateix o a no ser objecte d'una decisió basada únicament en el tractament automatitzat, inclosa l'elaboració de perfils. Les sol·licituds per exercir estos drets podran presentar-se de manera presencial o telemàtica, de conformitat amb el que preveu l'enllaç següent: http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970

Derechos de las personas interesadas: Tienen derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de los mismos, a la limitación de su tratamiento, a oponerse al mismo o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Las solicitudes para ejercer estos derechos, podrán presentarse de manera presencial o telemática, de conformidad con lo previsto en el siguiente enlace: http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970

Més informació: Podrà consultar el registre d'activitats de tractament de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública en l'adreça electrònica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrà contactar amb el Delegat de Protecció de Dades en l'adreça electrònica dpd@gva.es.

Más información: Podrà consultar el registro de actividades de tratamiento de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública en la dirección electrònica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrà contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrònica dpd@gva.es.