



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

**SOLICITUD DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL PARA ANDALUCES Y ANDALUZAS EN EL EXTERIOR**

Orden de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (BOJA nº \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_)

<b>1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE</b>			
APELLIDOS		NOMBRE	
SEXO	<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	FECHA DE NACIMIENTO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> PASAPORTE	NÚMERO	
MUNICIPIO DE ANDALUCÍA DE INSCRIPCIÓN EN LAS OFICINAS O SECCIONES CONSULARES ESPAÑOLAS			
PAÍS DE RESIDENCIA		PAÍS DE NACIMIENTO	
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE NACIMIENTO (PARA EL CASO DE NACIMIENTO EN ESPAÑA)			
NÚMERO DE TARJETA VIGENTE ACREDITATIVA DE LA CONDICIÓN DE PERSONA ANDALUZA EN EL EXTRANJERO O PERSONA ANDALUZA RETORNADA			
DOMICILIO			
PAÍS	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD
TELÉFONOS		CORREO ELECTRÓNICO	

<b>2 DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL</b>			
APELLIDOS		NOMBRE	
SEXO	<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	FECHA DE NACIMIENTO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> PASAPORTE	NÚMERO	
NÚMERO DE TARJETA VIGENTE ACREDITATIVA DE LA CONDICIÓN DE PERSONA ANDALUZA EN EL EXTRANJERO O PERSONA ANDALUZA RETORNADA			
DOMICILIO			
PAÍS	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD
TELÉFONOS		CORREO ELECTRÓNICO	

<b>3 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
<p>La persona abajo firmante, <b>DECLARA:</b></p> <p>1º. Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y el domicilio constituye la dirección legal a efectos de las solicitudes a que hubiese lugar y, en su caso, para el envío de la tarjeta sanitaria andaluza.</p> <p>2º. Que dispone de la tarjeta acreditativa de la condición de persona andaluza en el extranjero o de persona andaluza retornada, según lo dispuesto en el Decreto por el que se crea y regula la Tarjeta de Andaluz o Andaluza en el Exterior.</p> <p>3º. En el país de residencia no dispone de derecho a la asistencia sanitaria que sea exportable a España mediante acuerdos, convenios o cualquier otro tipo de normativa aplicable.</p> <p>En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">EL/LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>Fdo.: _____</p>



**ILMO/A. SR/A. SECRETARIO/A GENERAL DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**

**PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento / impreso / formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en el fichero de Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y oposición dirigiendo un escrito a la Secretaría General del Servicio Andaluz de Salud, Avda. de la Constitución 18, 41001 de Sevilla.