

VENTANILLA ELECTRÓNICA

REGISTRO DE SOLICITUDES DE VACUNACION COVID-19 PARA PERSONAL DE PRIMERA LINEA EN EL AMBITO SANITARIO Y SOCIOSANITARIO

* Datos Obligatorios

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Código SIACI: **SLID**Oficina tramitadora: *

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Hombre Mujer Tipo de vía: * Domicilio: * Nº:Provincia: * Población: * Código Postal: *

Teléfono: * Teléfono móvil: e-mail: *

Titulación:

Especialidad en Ciencias de la Salud:

Número de colegiado:

Tarjeta sanitaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM):

- En relación a los últimos tres meses, contando desde la fecha de su solicitud ¿Ha sido COVID positivo? * Sí No

El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Tipo de Documento: Nº de Documento:

Nombre y apellidos:

Hombre Mujer Tipo de vía: * Domicilio: * Nº:Provincia: Población: Código Postal:

Teléfono: * Teléfono móvil: e-mail: *

Horario preferente para recibir llamadas :

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por la persona interesada.

MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN

Correo postal *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*

Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos).*

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Dirección General de Salud Pública.
Finalidad	Conocer el número de personas y datos de contacto de personas que desean recibir la vacunación frente al Covid-19, pertenecientes a la fase I, grupos 2 y 3, definidos en la Estrategia de vacunación frente a COVID19 en España.
Legitimación	Razones de interés público en salud pública. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
Destinatarios	Existe cesión de datos.
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
Información adicional	Disponible en la dirección electrónica https://rat.castillalamancha.es/info/1970

DATOS DEL LUGAR DE EJERCICIO PROFESIONAL

Provincia: * Municipio: *

Centro de trabajo: *

Dirección del centro: *

Código Postal: * Teléfono: * e-mail: *

Servicio: Puesto de trabajo: *

- En relación a la actividad sanitaria que usted realiza, ¿Tiene contacto directo con pacientes COVID? * Sí No
- En relación a la actividad sanitaria que usted realiza, ¿Tiene contacto estrecho con personas que puedan estar infectadas por SARS-CoV-2? * Sí No

SOLICITUD

De acuerdo con los criterios establecidos en la Estrategia de vacunación frente a COVID19 en España, elaborada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, incluido en la primera etapa de vacunación en uno de los grupos 2 y 3, y prestando mis servicios en centros sanitarios o sociosanitarios no pertenecientes al Sescam registrados en Castilla-La Mancha.

SOLICITO: Que se registre mi intencionalidad de recibir la vacuna frente a Covid-19, perteneciendo al grupo 2 o 3 de la etapa 1 de la Estrategia de vacunación frente a COVID19 en España con el fin de recibir la misma cuando estén disponibles las dosis necesarias y de acuerdo con los criterios establecidos por las autoridades competentes.

"Se considera personal de primera línea el que tiene mayor riesgo de exposición por llevar a cabo actividades a la atención directa de paciente COVID (contacto estrecho y con mayor tiempo de exposición), así como por tener mayor probabilidad de tener contacto con una persona con infección por SARS-CoV-2". Se incluye personal en el ámbito sanitario y sociosanitario.

ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

Declaraciones responsables:

La persona firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces.

Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

Autorizaciones

Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.

En particular, se recabarán lo siguientes datos, salvo que marque expresamente:

Me opongo a la consulta de datos de identidad.

Me opongo a la consulta de residencia.

Me opongo a la consulta de los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración:

Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería:

Dato o documento	Fecha presentación	Unidad administrativa	Consejería
------------------	--------------------	-----------------------	------------

(En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento).

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

El poder de representación, en caso de que exista ésta.

ANEXAR DOCUMENTOS

Categoría del documento:

Documento:

Organismo destinatario: **CONSEJERÍA DE SANIDAD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.**
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.

DIR3: **A08027181**