



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



DIRECCIÓN TERRITORIAL
CEUTA

SITUACION DE PRESTACIÓN SANITARIA

PRESTACIÓN _____

REGIMEN _____

--

Nº DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL
/
N.I.F.
TELEFONO

Apellido 1.º _____ Nombre _____

Apellido 2.º _____ Sexo _____ Estado Civil _____

Calle o Plaza _____ Nº _____ Escalera _____ Piso _____ Letra _____

Localidad _____ D.P. _____ Provincia _____

PRESTACIÓN SOLICITADA _____

N.º C/C.:

Consentimiento para verificar los datos de identidad: SI NO

(En caso de no prestar su consentimiento, deberá aportar fotocopia del documento o tarjeta de identidad)

BENEFICIARIO PARA EL QUE SE SOLICITA (1)

Apellido 1.º _____ Nombre _____

Apellido 2.º _____ Fecha de nacimiento _____

Parentesco con el titular _____

Fecha _____

(Firma)

DOCUMENTOS QUE APORTA

(1) En caso de tratarse del titular del derecho, no se cumplimentará este apartado.

INFORME DEL MEDICO INSPECTOR DEL AREA SANITARIA

Diagnóstico: _____

Prestación: _____

Informe: Favorable
Desfavorable

RESOLUCIÓN

_____ con fecha _____

acordó Conceder
Denegar la prestación solicitada con efectos de _____

El _____

Notificado al interesado en _____