



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     la prestación solicitada con efectos de \_\_\_\_\_  
          Denegar

El \_\_\_\_\_

Notificado al interesado en \_\_\_\_\_