SOLICITUD DEL TALÓN DE ASISTENCIA DENTAL ANUAL (TADA) PARA LAS PERSONAS CON DERECHO A LA PRESTACIÓN ASISTENCIAL DENTAL EN ANDALUCÍA

CENTRO DE SALUD DE :
Fax:

D./ª.....
Padre, madre o tutor del niño/a
Teléfono .....

SOLICITO que me remitan el TADA (Talón de Asistencia Dental Anual) para el año en curso para:

Nombre del Niño/a:.....

1º Apellido:..... 2º Apellido:.....

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____(día/mes/año)

Nº de Tarjeta Sanitaria: *****.....

Domicilio:..... Teléfono:.....

Código Postal:..... Municipio:.....

Provincia:.....

Asimismo, **DECLARO** bajo mi responsabilidad no haber recibido el TADA correspondiente al año 2005

En a de de 2005

Fdo.:

*****En caso de no disponer de la Tarjeta Sanitaria Individual, deberá solicitarla junto a este documento.

DISTRITO SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA BAHIA DE CADIZ-LA JANDA
Nº de FAX: 956-004753

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa aplicable, la Consejería de Salud le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este impreso, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado. Así mismo se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la remisión del Talón de Asistencia Dental Anual del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, a las personas con derecho a la prestación asistencial dental.
Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la ley, dirigiéndose su escrito a los Servicios Centrales de la Consejería de Salud, Avd/ de la Innovación, s/n, Edificio Arena 1, Sevilla, o a la Delegación Provincial de Salud de Cádiz.