

Impreso Oficial de RECLAMACIÓN en el ámbito sanitario

Datos del Reclamante

Nombre y apellidos:		D.N.I.:	
Domicilio a efectos de notificación			
Dirección:			
Código Postal:	Municipio:	Isla:	
Teléfono:	e-mail:		

Datos del Afectado

Nombre y apellidos:		Nº A.S.S.:	
Parentesco:			
Teléfono:			

Datos del Reclamado

Nombre y apellidos:	
Servicio:	
Centro:	
Día y hora de los hechos:	

Hechos

--

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma

Exma. Sra. Consejera de Sanidad

Información adicional: La reclamación contenida en este impreso deberá ser respondida en el plazo de 2 meses desde su presentación en cualquiera de los registros de la Consejería competente en materia de sanidad. En el caso de no recibir respuesta en dicho plazo, el usuario podrá reiterar la reclamación ante la Secretaría General Técnica de dicha Consejería