Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

MODELO OFICIAL DE SOLICITUDES EN EL ÁMBITO SANITARIO

Solicitante:

Nombre y apellidos: .....

D.N.I..... **Nº A.S.S**.....

Domicilio: .....

Localidad:.....,**C.P.: .**.....

Isla:..... **Teléfono:**.....

SOLICITA: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En ....., a....., de....., de.....

Firma

Exma. Sra. Consejera de Sanidad

Información Adicional: La solicitud contenida en este impreso deberá ser respondida en el plazo de un mes 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 solicitud ante la Secretaría General Técnica de dicha Consejería.