

SOLICITUD DE ASISTENCIA AL AMPARO DE LA LEY 1/2005

D/DÑA: _____

Tarjeta sanitaria nº: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____

Provincia: _____ Teléfonos: _____ / _____

EXPONE:

Que se encuentra inscrito en el registro de pacientes en lista de espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura para que le sea realizado (rellenar lo que proceda):

Primera consulta/Especialidad: _____

Prueba diagnóstica/terapéutica: _____

Procedimiento quirúrgico: _____

Por indicación del: Médico de Atención Primaria

Servicio de _____

Centro u Hospital _____

Desde el día (fecha de petición o inclusión en lista de espera): _____

* La solicitud deberá acompañarse, a ser posible, de copia de la solicitud de interconsulta o documento acreditativo de la inclusión en lista de espera.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del Sistema Sanitario Público de Extremadura, y habiendo sido superado el plazo previsto en dicha norma para la realización de este procedimiento.

SOLICITA:

Que le sea prestada la atención sanitaria antes indicada en los términos previstos en el artículo 5.2 de la misma.

En _____ a _____ de _____ de 200 .

Firma del solicitante o representante legal.

**DEFENSOR DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE
EXTREMADURA.**

C/ Atarazana, 8. 06800-Mérida-Badajoz.