**Nota:** Se requiere certificado electrónico

# FORMULARIO SOLICITUD

# PROCESO ARTICULADO PARA LA EVALUACIÓN DE POSIBLES AFECTADOS POR TALIDOMIDA

## DATOS APORTADOS POR EL SOLICITANTE

Nombre y apellidos del solicitante

Nombre y apellidos de la persona que lo represente (en su caso)

A efectos de notificaciones, deseo que se contacte conmigo por uno de los siguientes medios

- Dirección postal:
- Correo electrónico:
- Teléfono de contacto:
- Fecha de nacimiento:
- DNI:

El abajo firmante solicita ser evaluado por la Unidad Técnica de su Comunidad Autónoma para determinar su posible afectación por talidomida

En , a de de

Dirigido a la Unidad Técnica de la Comunidad Autónoma de

ENVIAR

**NOTA:** Envíe solamente el "Formulario de Solicitud". Absténgase de enviar más documentación. Cuando reciba la cita desde la unidad de diagnóstico de su Comunidad Autónoma se le informará de la documentación que ha de aportar.

**Aviso legal sobre protección de datos:** Sus datos serán incorporados a un fichero responsabilidad del Instituto de Salud Carlos III con la finalidad de gestionar todas las actividades relacionadas con su participación en "Proceso articulado para la evaluación de posibles afectados por talidomida". Sus datos no serán cedidos a terceras personas ajenas a este proceso. Si desea ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, puede dirigirse al: Instituto de Salud Carlos III. Avenida de Monforte de Lemos, 5, 28029 Madrid, dpd@isciii.es