

**SOLICITUD VALORACIÓN COMITÉ CLÍNICO IVE
(Supuesto artículo 15.c)**

CENTRO RECEPTOR DE LA SOLICITUD

Fecha de recepción y sello del centro receptor

1. DATOS DE LA SOLICITANTE:

Nombre y apellidos:			
Domicilio:		Provincia:	
Nº Tarjeta Sanitaria:		DNI:	
Teléfonos de contacto (mínimo 2):	/		

2. DATOS DEL ESPECIALISTA PROPUESTO POR LA SOLICITANTE (sólo cumplimentar en caso de elegir a un especialista que sustituya un miembro del comité clínico) :

Nombre y apellidos:		
Especialidad:	<input type="checkbox"/> Ginecología-Obstetricia (CIAS:_____)	
	<input type="checkbox"/> Pediatría (CIAS:_____)	
	<input type="checkbox"/> Especialista en diagnóstico prenatal (especificar):_____	
Lugar de trabajo:		
Miembro del comité al que sustituirá:		

3. LUGAR, FECHA Y FIRMA:

Los datos que declaro en la presente solicitud son ciertos, asumo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad de alguno de ellos y SOLICITO la emisión del correspondiente informe.

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

LA SOLICITANTE

Fdo.:.....

SR./SRA. DIRECTOR MÉDICO DE.....

Todos los datos contenidos en el presente documento, vienen sometidos a los principios de privacidad y confidencialidad contenidos en la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, por lo que su tratamiento habrá de ser efectuado bajo estrictas normas de seguridad.