



Informe de compliment de requisits sanitaris

Annex al formulari d'inscripció de vehicles que transportin persones que requereixen tractament mèdic periòdic

Informe de cumplimiento de requisitos sanitarios

Anexo al formulario de inscripción de vehículos que transporten personas que requieren tratamiento médico periódico

Aquest document l'ha d'omplir el metge.

Documento a rellenar por el médico.

L'informe **només** s'ha d'omplir en cas de tractaments en **centres sanitaris no inclosos** en la xarxa de centres que constitueixen el **sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya** o si en el formulari de sol·licitud no autoritza la verificació de les dades declarades.

El informe **solo** debe rellenarse en el caso de tratamientos en **centros sanitarios no incluidos** en la red de centros que constituyen el **sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña** o si en el formulario de solicitud no autoriza la verificación de los datos declarados.

Escriviu amb lletres majúscules per evitar errors / Escriba con letras mayúsculas para evitar errores.

DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nom Nombre	<input type="text"/>	Núm. document Nº documento	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Passaport / Pasaporte
Cognoms Apellidos	<input type="text"/>	Núm. CIP Nº CIP	<input type="text"/>

DADES DEL CENTRE SANITARI o CONSULTA MÈDICA / DATOS DEL CENTRO SANITARIO o CONSULTA MÉDICA

Nom del centre o consulta / Nombre del centro o consulta	<input type="text"/>	Població / Población	<input type="text"/>
--	----------------------	----------------------	----------------------

D'acord amb les ordenances i el reglament relatiu a la restricció de la circulació de determinats vehicles dins les zones de baixes emissions, **la persona esmentada en aquest informe ha estat diagnosticada d'una malaltia que requereix fer tractaments mèdics de manera periòdica i no pot accedir al servei de transport sanitari no urgent.**

De acuerdo con las ordenanzas y el reglamento relativo a la restricción de la circulación de determinados vehículos dentro de las zonas de bajas emisiones, **la persona nombrada en este informe ha sido diagnosticada de una enfermedad que requiere realizar tratamientos médicos de forma periódica y no puede acceder al servicio de transporte sanitario no urgente.**

El tractament comença amb data: ____ / ____ / 20 ____

El tratamiento empieza en fecha: ____ / ____ / 20 ____

El tractament finalitza amb data: ____ / ____ / 20 ____

El tratamiento finaliza en fecha: ____ / ____ / 20 ____

Els sotasignats responen personalment de la veracitat de les dades manifestades.

Los abajo firmantes responden personalmente de la veracidad de los datos manifestados.

D'acord amb la legislació vigent en matèria de protecció de dades personals, us informem que les vostres dades personals es tractaran per a la gestió de l'autorització i control d'accés a les zones de baixes emissions (ZBE). El responsable del tractament és l'Àrea Metropolitana de Barcelona (AMB), que tractarà les dades únicament i exclusivament per a aquesta finalitat, i en garantirà la confidencialitat i privacitat. Per a més informació, consulteu la política de privacitat de l'AMB a www.amb.cat.

De acuerdo con la legislación vigente en materia de protección de datos personales, le informamos de que sus datos personales serán tratados para la gestión de la autorización y control de acceso a las zonas de bajas emisiones (ZBE). El responsable del tratamiento es el Área Metropolitana de Barcelona (AMB), que tratará los datos única y exclusivamente para este fin, garantizando su confidencialidad y privacidad. Para más información, consulte la política de privacidad del AMB en www.amb.cat.

Us informem que podeu sol·licitar l'accés, la rectificació o la supressió de dades i exercir la resta dels vostres drets remetent un escrit (amb una còpia adjunta del DNI) a: Serveis Jurídics, Exercici de drets, Àrea Metropolitana de Barcelona - c/ 62, núm. 16-18, edifici A - 08040 Barcelona (Zona Franca), o bé a través d'una instància genèrica de la Seu electrònica del portal web www.amb.cat, indicant-hi «Exercici de drets».

Le informamos de que puede solicitar el acceso, la rectificación o la supresión de los datos y ejercer el resto de sus derechos remitiendo un escrito (con una copia adjunta de su DNI) a: Servicios Jurídicos, Ejercicio de derechos, Área Metropolitana de Barcelona, c/ 62, n.º 16-18, edificio A - 08040 Barcelona (Zona Franca), o bien a través de una instancia genérica de la Sede electrónica del portal web www.amb.cat, indicando «Ejercicio de derechos».

Observacions / Observaciones

Signatura i núm. col·legiat / Firma y núm colegiado

Data / Fecha