Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO
Y SELLO DEL CENTRO

___/___/___

SOLICITUD DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL DE ANDALUCÍA

Motivo de la solicitud (Marcar con una X la opción adecuada)

☐ Primera vez ☐ No recibida ☐ Pérdida o robo ☐ Error de datos impresos ☐ Deterioro

(Adjuntar DNI/Libro de Familia y copia del documento de afiliación a la Seguridad Social del Titular)

Supone ALTA en BDU: SI ☐ NO ☐ **(A cumplimentar por el centro)**

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos: ..... Nombre: .....
Nº Tarjeta Sanitaria de Andalucía: ..... NAF Titular (1): .....
Género: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de nacimiento: .....
Documento de Identificación (2): ☐ DNI ☐ Pasaporte ☐ NIE Número: .....
Comunidad Autónoma de nacimiento: .....
País de nacimiento: .....

Mutualidad: ☐ No ☐ MUFACE ☐ MUGEJU ☐ ISFAS
Comunidad Autónoma en la que tenía médico hasta ahora: .....
Convenio Internacional: ☐ ☐ Tarjeta Europea Número: .....

Domicilio habitual (3): .....
Código Postal: ..... Provincia: ..... Pais: .....
Municipio: .....
Localidad: .....
Teléfonos: .....
Correo electrónico: .....

DATOS DEL MÉDICO SOLICITADO

Clave: (A cumplimentar por el centro sanitario)
Médico: .....
Centro: .....

Firma del solicitante:

Mod. 181/06 UNE A4

(1): Número de Afliación a la Seguridad Social del titular
(2): Indicar tipo de documento y el número del mismo. El DNI es obligatorio para españoles mayores de 14 años
(3): Debe ser un domicilio andaluz