Anexo I

El interesado, con nombre y apellidos (según constan en el Registro Civil):

Solicita que el nombre que ha de figurar en mi tarjeta sanitaria individual, sea:

Número de Identificación Personal Autonómico de la tarjeta sanitaria individual de la Comunidad de Madrid (CIPA) (1):

(1) Este número consta de 10 dígitos y figura en el anverso de la tarjeta sanitaria, primera línea.

Tengo conocimiento de que el dato a modificar en el Sistema de Información Poblacional y de Gestión de Tarjeta Sanitaria (SIP-CIBELES) quedará registrado en dicho Sistema. La actualización de la identificación de mi historia clínica y otros datos clínicos se efectuará tras el cambio de mi nombre en el Registro Civil.

En ……, a……12…… de……julio…… de……2025……

Firma (del interesado)

Este Anexo debe acompañar siempre al formulario de solicitud de tarjeta sanitaria cuando el motivo sea la modificación del nombre sentido.

Esta solicitud será remitida a la Subdirección General de Aseguramiento Público y Prestaciones Sanitarias para su tramitación. Desde la misma se pondrán en contacto con Ud. para informarle sobre la entrega de la tarjeta emitida.

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las

Imprimir