

**Solicitud de Reclamación por Responsabilidad Patrimonial
en el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid**

1.- Datos de la persona reclamante:

| | | | | | |
|--------------------|--|------------|----------------|--------------|--|
| NIF/ NIE | | Apellido 1 | | Apellido 2 | |
| Nombre | | | | Razón Social | |
| Teléfono Fijo | | | Teléfono Móvil | | |
| Correo electrónico | | | | | |

2.- Datos la persona perjudicada:

| | | | | | |
|--------------------|--|------------|----------------|--------------|--|
| NIF/ NIE | | Apellido 1 | | Apellido 2 | |
| Nombre | | | | Razón Social | |
| Teléfono Fijo | | | Teléfono Móvil | | |
| Correo electrónico | | | | | |

3.- Datos de la representación legal (en su caso):

| | | | | | |
|--------------------|--|------------|----------------|--------------|--|
| NIF/ NIE | | Apellido 1 | | Apellido 2 | |
| Nombre | | | | Razón Social | |
| Teléfono Fijo | | | Teléfono Móvil | | |
| Correo electrónico | | | | | |

3.- Medio de notificación:

| | | | | | | |
|-----------------------|--|--------|----|------------|-----------|----|
| <input type="radio"/> | Deseo ser notificado/a por vía telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid) | | | | | |
| <input type="radio"/> | Deseo ser notificado/a por correo certificado | | | | | |
| | Tipo de vía | | | Nombre vía | | |
| | Piso | Puerta | CP | Localidad | Provincia | Nº |

4.- Razón de la reclamación:

Debe fundarse en la existencia de lesiones que sufra el reclamante en cualquier de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que las mismas sean consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los **servicios públicos sanitarios de la Comunidad de Madrid**. El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

FECHA DEL HECHO ALEGADO:

DENOMINACIÓN DEL CENTRO, SERVICIO Y LUGAR PRINCIPAL EN EL QUE OCURRIERON LOS HECHOS ALEGADOS:

DENOMINACIÓN DEL CENTRO O CENTROS, SERVICIOS Y LUGAR SECUNDARIOS:

CUANTÍA INDEMNIZATORIA SOLICITADA O CRITERIOS EN BASE A LOS CUALES PRETENDE SEA FIJADA:

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS ESPECIFICANDO:

- **LESIONES PRODUCIDAS (FÍSICAS O ECONÓMICAS)**
- **PRESUNTA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LAS LESIONES Y EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO PÚBLICO.**
- **MOMENTO EN EL QUE LAS LESIONES PRESUNTAMENTE SE PRODUJERON**

5.- Documentación adjunta:

Asimismo, deberá aportar cuanta **documentación considere necesaria en apoyo de su pretensión**.

| Documentos que se acompañan a la solicitud | |
|--|--|
| Acreditativa de la representación que ostenta, en su caso | <input type="checkbox"/> |
| Acreditativa de la legitimación que ostenta | <input type="checkbox"/> |
| Alegaciones, documentos e informes | <input type="checkbox"/> |
| La Comunidad de Madrid consultará, por medios electrónicos, los datos de los siguientes documentos. Si el interesado se opone, deberá presentar la correspondiente documentación | Marcar solo si se opone a la consulta y aporta documento (*) |
| DNI | <input type="checkbox"/> |
| Historia clínica de la persona perjudicada | <input type="checkbox"/> |

(*) La posibilidad de hacer la consulta telemática o de oponerse a la misma y presentar el documento es en aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

6.- Solicitud, declaración, fecha y firma:

Mediante esta solicitud se autoriza a la Consejería competente en materia de salud de la Comunidad de Madrid y al Servicio Madrileño de Salud, a recabar cuanta información sea necesaria de todos los organismos públicos o privados que hayan intervenido en la asistencia prestada, o en el incidente o accidente ocurrido, la cual podrá ser solicitud y emitida de forma electrónica.

La persona abajo firmante DECLARA, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que la documentación adjunta es fiel copia de los originales; Se COMPROMETE a cumplir las obligaciones y requisitos exigidos por las normas de aplicación, y expresamente a aportar los originales de la documentación adjunta a requerimiento de la Administración y SOLICITA, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 67, 81 y 91, entre otros, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se inicie la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

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

| |
|--------------|
| FIRMA |
| |

| | |
|---------------------|--|
| DESTINATARIO | |
|---------------------|--|