



Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA  
DE VILLARROBLEDO**SOLICITUD DE CERTIFICADO COVID DIGITAL UE**

| DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (si es representante o tutor deberá acreditarse legalmente)                                     |  |               |                       |           |  |
|---|--|---------------|-----------------------|-----------|--|
| NIF o NIE   |  |               | Nombre                |           |  |
| Apellido 1  |  |               | Apellido 2            |           |  |
| Fecha nacimiento  |  |               | CIP Tarjeta Sanitaria |           |  |
| Nº de dosis vacuna  | Fechas de las vacunas o adjuntar acta vacunal (caso de otra CCAA o país) |               |                       | Primera   |  |
|   |  |               |                       | Segunda   |  |
|   |  |               |                       | Tercera   |  |
| En caso de haber pasado COVID, se deberá adjuntar prueba de diagnóstico caso de laboratorio externo al SESCAM.                  |  |               |                       |           |  |
| Actuando en calidad de solicitante  |  | representante |                       | tutor     |  |
| Domicilio:  |  |               |                       |           |  |
| Provincia:  |  |               | C. P.                 | Población |  |
| Teléfono 1:   |  |               | Teléfono 2            |           |  |
| Correo - e  |  |               |                       |           |  |
| Si existe representante, las comunicaciones que deriven de esta solicitud se realizarán con la persona representante designada. |  |               |                       |           |  |
| DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (en su caso)  |  |               |                       |           |  |
| NIF o NIE   |  |               | Nombre                |           |  |
| Apellido 1  |  |               | Apellido 2            |           |  |

| MOTIVO DE LA SOLICITUD                          |                          |
|---|--------------------------|
| Certificado Covid Digital (CCD) de Vacunación   | <input type="checkbox"/> |
| Certificado Covid Digital (CCD) de Recuperación | <input type="checkbox"/> |
| Certificado Covid Digital (CCD) de Pruebas      | <input type="checkbox"/> |

| MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR EL CERTIFICADO                 |                          |
|---|--------------------------|
| Personalmente en mostrador (Centro de Salud de Villarrobledo) | <input type="checkbox"/> |
| Correo postal   | <input type="checkbox"/> |
| Correo electrónico facilitado                                 | <input type="checkbox"/> |

| DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA                                       |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fotocopia DNI o NIE solicitante (siempre) | <input type="checkbox"/> Fotocopia DNI o NIE representante (en su caso) |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia Tarjeta Sanitaria (siempre)     | <input type="checkbox"/> Acta vacunal (caso de otras CCAA o país)       |
|  |   |
|  |   |
| Observaciones:   |   |

**Declaración responsable:** declaro que son ciertos todos los datos reflejados en esta solicitud y los documentos aportados, y conozco que la inexactitud, falsedad u omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el Art. 69 punto 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

La presente solicitud se realiza en cumplimiento de lo previsto en el Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a un marco para la expedición, verificación y aceptación de certificados interoperables de vacunación, de test y de recuperación para facilitar la libre circulación durante la pandemia de COVID-19.

**Autorizaciones:** con la presentación de esta solicitud, AUTORIZO para consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración Pública salvo: por lo que se aporta la siguiente documentación:

En \_\_\_\_\_ a fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma de la persona solicitante

A LA UNIDAD DE EMISIÓN DE CERTIFICADOS COVID DIGITALES DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE VILLARROBLEDO (SESCAM) – CENTRO DE SALUD DE VILLARROBLEDO

– Teléfono contacto 967145308 (extensión 30920) -

Dirigir preferentemente a través del correo-e [cvd.gaivil@sescam.jccm.es](mailto:cvd.gaivil@sescam.jccm.es)