Salut/ Servei Català de la Salut

Generalitat de Catalunya

Sol·licitud de canvi d'equip d'atenció primària (EAP) i/o de professionals

Dades de la persona sol·licitant

Nom	1r cognom	2n cognom	CIP

Adreça	Municipi/localitat	Codi postal

Nom de l'EAP o centre actual	Codi UP[2]

Dades del/s representant/s legal/s de la persona sol·licitant *(en el cas de persones menors de 16 anys o incapacitades)*

Nom	1r cognom	2n cognom	DNI

Dades a l'efecte de rebre notificacions relacionades amb aquesta sol·licitud

☐ Accepto rebre notificacions electròniques a l'adreça electrònica o missatges al telèfon mòbil *(especifiqueu l'adreça i el mòbil)*:[3]

Adreça electrònica	Telèfon mòbil

En cas de no acceptar la recepció de notificacions electròniques, s'enviaran a l'adreça postal de la persona sol·licitant o, si escau, a la de la persona que la representa

Dades de l'EAP i/o del/s professional/s que sol·liciteu

Nom de l'EAP o centre que sol·liciteu	Codi UP[2]

Nom del/s professional/s que sol·liciteu *(si és el cas)*

Professional 1

Professional 2

En cas que especifiqueu el professional 1 i no se us pugui assignar, sol·liciteu de tota manera el canvi d'EAP?

☐ sí ☐ no

En cas que especifiqueu el professional 2 i no se us pugui assignar, sol·liciteu de tota manera el canvi d'EAP?

☐ sí ☐ no

Motiu de sol·licitud *(només heu d'emplenar aquest apartat si ha transcorregut menys d'un any des de l'anterior sol·licitud de canvi d'EAP)*

La persona sotasignada reconeix haver estat informada sobre l'organització de l'atenció que rebrà *(vegeu el full següent d'aquest imprès)*

Signatura	Signatura de tots els titulars de la potestat parental (en cas de persones incapacitades legalment o de menors amb edat inferior a 16 anys)
Data	Data

Resolució de l'EAP sol·licitat *(aquest espai l'ha d'emplenar l'EAP)*[2]

☐ Sol·licitud acceptada *(especifiqueu el nom i cognoms del/s professional/s assignat/s)*

☐ Sol·licitud denegada (marqueu el motiu)

- ☐ no teniu dret a l'atenció
- ☐ metge/essa o pediatre/a no disponible
- ☐ infermer/a no disponible
- ☐ atenció domiciliària crònica
- ☐ no fa un any que heu fet l'últim canvi i no està degudament justificat
- ☐ altres *(especifiqueu-los:)*

Cognoms i nom del director/a de l'EAP

Signatura

Data

Direcció de l'EAP

LLIUREU AQUESTA SOL·LICITUD PER TRIPLICAT: UN EXEMPLAR PER A L'EAP, UN PER COMUNICAR LA RESOLUCIÓ I UN PER A LA PERSONA SOL·LICITANT.

SA00197SCE