



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Salud Pública

Nº Procedimiento

090015

Código SIACI

SLHV

## RECLAMACIONES EN MATERIA DE CONSUMO

### DATOS DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA RECLAMACIÓN

NIF: <input type="checkbox"/>	Pasaporte/NIE: <input type="checkbox"/>	Número de documento	<input type="text"/>		
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>		
2º Apellido:	<input type="text"/>				
Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Edad: 16-25 <input type="checkbox"/>	26-45 <input type="checkbox"/>	46-65 <input type="checkbox"/>	mayor de 65 <input type="checkbox"/>
Domicilio	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Correo electrónico	<input type="text"/>		

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

NIF <input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>			
Pasaporte/NIE <input type="checkbox"/>					
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>		
2º Apellido:	<input type="text"/>		Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Correo electrónico	<input type="text"/>		

### MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN

- Correo postal *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*
- Notificación electrónica *(Si elige o está obligada/o a la notificación electrónica compruebe que está usted registrada/o en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos.)*



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Salud Pública

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
<b>Responsable</b>	Dirección General de Salud Pública
<b>Finalidad</b>	Gestión de reclamaciones y quejas en materia de consumo
<b>Legitimación</b>	6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos. Ley 3/2019, de 22 de marzo, del Estatuto de las Personas Consumidoras en Castilla-La Mancha
<b>Destinatarios/os</b>	Existe cesión de datos
<b>Derechos</b>	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
<b>Información adicional</b>	Disponible en la dirección electrónica: <a href="https://rat.castillalamancha.es/info/0708">https://rat.castillalamancha.es/info/0708</a>
DATOS DE LA EMPRESA / ESTABLECIMIENTO/CENTRO/PRODUCTO CONTRA LA QUE SE PRESENTA LA RECLAMACIÓN	
NIF o DNI del responsable:	<input type="text"/>
Nombre o Razón social:	<input type="text"/>
Servicio que presta:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>
C.P.:	<input type="text"/>
Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>
Teléfono móvil:	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text"/>
Página Web	<input type="text"/>

Datos de la reclamación.
Asunto ( <i>identifique resumidamente los hechos que motivan la reclamación</i> ):
Expone ( <i>detalle el tema que plantea</i> ):



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Salud Pública

Solicita:

### **Declaraciones, autorizaciones y documentación que se aporta**

#### **Declaraciones responsables:**

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:

Son ciertos los datos consignados en el presente escrito comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.

Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

#### **Autorizaciones:**

**Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.**

**En particular, se recabarán lo siguientes datos, salvo que marque expresamente:**

**Me opongo a la consulta de datos de identidad.**

**Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.**

- Documento. , presentado con fecha ante la unidad de la Administración de
- Documento. , presentado con fecha ante la unidad de la Administración de
- Documento. , presentado con fecha ante la unidad de la Administración de

*(En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento).*

#### **Documentos:**

La persona que interpone este escrito declara aportar los siguientes documentos:



**Castilla-La Mancha**

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Salud Pública

Firma o firma electrónica

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**Organismo destinatario: Servicio de Consumo de la Delegación Provinciales de la Consejería de Sanidad de:**

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08027354
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08027355
- CUENCA. Código. DIR 3: A08027356
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08027357
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08027358