



Ficha N.º 6.8. DOCUMENTO TARJETA SANITARIA



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO
Y SELLO DEL CENTRO

____/____/____

SOLICITUD DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL DE ANDALUCÍA

Motivo de la solicitud (Marcar con una x la opción adecuada)

☐ Primera vez ☐ No recibida ☐ Pérdida o robo ☐ Error de datos impresos ☐ Deterioro

(Adjuntar DNI/Libro de Familia y copia del documento de afiliación a la Seguridad Social del Titular)

Supone ALTA en BDU: SI ☐ NO ☐

(A cumplimentar por el centro)

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos: Nombre:
 N.º Tarjeta Sanitaria de Andalucía: NAF Titular (1):
 Género: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de nacimiento:
 Documento de Identificación (2): ☐ DNI ☐ Pasaporte ☐ NIE Número:
 Comunidad Autónoma de nacimiento:
 País de nacimiento:

Mutualidad: ☐ No ☐ MUFACE ☐ MUGEJU ☐ ISFAS
 Comunidad Autónoma en la que tenía médico hasta ahora:
 Convenio Internacional: ☐ ☐ Tarjeta Europea Número:

Domicilio habitual (3):
 Código Postal: Provincia: País:
 Municipio:
 Localidad:
 Teléfonos:
 Correo electrónico:

DATOS DEL MÉDICO SOLICITADO

Firma del solicitante:

Clave: (A cumplimentar por el centro sanitario)
 Médico:
 Centro:

(1): Número de Afiliación a la Seguridad Social del titular

(2): Indicar tipo de documento y el número del mismo. El DNI es obligatorio para españoles mayores de 14 años

(3): Debe ser un domicilio andaluz