

**FOLLA DE RECLAMACIÓNS E SUXESTIÓNS**

**Reclamación** / Reclamación  **Suxestión** / Sugerencia

**DATOS DO COMUNICANTE / DATOS DEL COMUNICANTE**

Se vostede desexa recibir contestación á súa reclamación/suxestión, deberá cubrir correctamente os datos que figuran a continuación.  
Si usted desea recibir contestación a su reclamación/sugerencia, deberá cubrir correctamente los datos que figuran a continuación.

Apelidos* Apellidos*	
Nome* Nombre*	Nacionalidade Nacionalidad
Tarxeta Sanitaria/DNI* Tarjeta Sanitaria/DNI*	
Sexo Sexo	Data de nacemento Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	/ /
Enderezo* Domicilio*	
CP* C.P.*	Localidade/Concello* Localidad/Municipio*
Provincia* Provincia*	País País
Teléfono Teléfono	Móbil Móvil

**DATOS DO AFECTADO / DATOS DEL AFECTADO**

Cubrir no caso de non coincidir co comunicante  
Cubrir en caso de que no coincida con el comunicante

Apelidos* Apellidos*	
Nome* Nombre*	Nacionalidade Nacionalidad
Tarxeta Sanitaria/DNI* Tarjeta Sanitaria/DNI*	
Sexo Sexo	Data de nacemento Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	/ /
Enderezo* Domicilio*	
CP* C.P.*	Localidade/Concello* Localidad/Municipio*
Provincia* Provincia*	País País
Teléfono Teléfono	Móbil Móvil

Indicar a relación existente co comunicante:  
Indicar la relación existente con el comunicante:

O comunicante autoriza o uso destas canles para o envío de calquera tipo de notificacións que se xeren durante o trámite desta comunicación.  
El comunicante autoriza el uso de estos canales para el envío de cualquier tipo de notificaciones que se generen durante el trámite de esta comunicación.

SMS  Correo electrónico  
SMS Correo electrónico @

**DATOS DA COMUNICACIÓN / DATOS DE LA COMUNICACIÓN**

Centro de saúde de Baiona	/ /	: h	Pediatría
Centro-servizo ao que se refire a comunicación Centro-servicio al que se refiere la comunicación	Data e hora do sucedido Fecha y hora de lo sucedido	Persoal relacionado Personal relacionado	

**DESEXO EXPOÑER / DESEO EXPONER**

Entre o 1 e o 15 de Setembro do 2018 o Centro de saúde de Baiona non vai ter asistencia pediátrica por ausencia do titular, o Doutor Ignacio Porrit Lueiro.

O pediatra non foi substituído, instando aos usuarios e usuarias a acudir como alternativa ao Centro de saúde do Val Miñor, pola tarde.

Esta ausencia significa, na práctica, a falta de asistencia pediátrica na localidade de Baiona durante quince días, localidade que conta cunha poboación de máis de 12.000 persoas.

As ausencias obrigan ás usuarias e usuarios a desprazarse ao centro alternativo, situado a cinco quilómetros de distancia, cos problemas de mobilidade que isto conleva.

Polo anteriormente exposto SOLICITO que:

Se cubran todas as ausencias por permisos ou vacacións do pediatra titular por estar deteriorando a atención sanitaria dos nosos nenos e nenas.

Sen outro particular, reciban un prezado saúdo.

En Baiona, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Sinatura do comunicante  
Firma del comunicante