



EL/ LA DIRECTOR/A DEL SERVICIO PROVINCIAL DE MUFACE EN.....

Para la aplicación de la Nota Informativa de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios de fecha 23 de marzo (referencia 12/2020) sobre distribución controlada del stock de hidroxiclороquina/cloroquina,

CERTIFICA:

Que D/ Dña. _____ con DNI _____ pertenece al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), con número de afiliación _____.

Que según consta en el informe aportado del facultativo médico Dr./Dra _____ número colegiado _____ viene realizando tratamiento con el medicamentoen los últimos meses para una de las patologías crónicas indicadas en su ficha técnica.

Para que así conste, expido la presente certificación en..... y en la fecha indicada

FIRMADO DIGITALMENTE
EL/ LA DIRECTOR/A PROVINCIAL

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), y el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales, se informa que los datos personales facilitados serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE. Más información en el apartado "Privacidad y protección de datos" de la página web de Muface. Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: DPDMuface@muface.es