



# REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



48508600J



## DNI 48508600J



APELLIDOS  
**GARCIA  
GONZALEZ**

NOMBRE  
**JOSE CARLOS**

SEXO  
**M**

NACIONALIDAD  
**ESP**

NACIMIENTO  
**26 07 1984**

EMISIÓN  
**24 11 2021**

VALIDEZ  
**30 10 2027**

NUM SOPORTE  
**CBD194226**



### 293760

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL IDENTIDAD

DOMICILIO  
C. MAHONESAS 4 P04 B  
MURCIA  
MURCIA

LUGAR DE NACIMIENTO  
MURCIA  
MURCIA

HIJO/A DE  
JOSE / JUANA



EQUIPO  
30639A6D1



IDESP CBD 194226448508600J<<<<<<<  
8407269M2710305ESP<<<<<<<<<<<<<0  
GARCIA<GONZALEZ<<JOSE<CARLOS<<

PERMISO DE CONDUCCIÓN REINO DE ESPAÑA



6.



1. GARCIA  
GONZALEZ

2. JOSE CARLOS

3. 26-07-1984 ESPAÑA

4a. 01-06-2022 4c. 30-00

4b. 01-06-2032

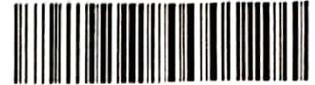
5. 48508600-J

7.

9. B

9.	10.	11.	12.
AM 	.....	.....	.....
A1 	.....	.....	.....
A2 	.....	.....	.....
A 	.....	.....	.....
B1 	.....	.....	.....
B 	30.01.03	01.06.32	
C1 	.....	.....	.....
C 	.....	.....	.....
D1 	.....	.....	.....
D 	.....	.....	.....
BE 	.....	.....	.....
C1E 	.....	.....	.....
CE 	.....	.....	.....
D1E 	.....	.....	.....
DE 	.....	.....	.....

1. Apellidos. 2. Nombre. 3. Fecha y lugar de nacimiento. 4a. Fecha de expedición. 4b. Fecha de expiración. 4c. Expedido por. 5. Número del permiso. 10. Válido desde el. 11. Válido hasta el. 12. Códigos.



**DOCUMENTO PARA LA EMISIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE LA TARJETA SANITARIA**

AREA 1 MURCIA OESTE

CENTRO: C.S. MURCIA/SAN ANDRES

**DATOS PERSONALES:**

APELLIDOS: GARCIA GONZALEZ

NOMBRE: JOSE CARLOS

PAIS NACIMIENTO: ESPAÑA

C.A. NACIMIENTO: REGION DE MURCIA

LOCALIDAD NACIMIENTO:

FECHA NACIMIENTO: 26/07/1984

SEXO: HOMBRE

TIPO DE USUARIO: TITULAR

EXTRANJERO (SI/NO): NO

NIF/NIE: 48508600J

PASAPORTE:

COMUNITARIO (SI/NO/APATRIDA):

NACIONALIDAD:

Nº TARJ PAIS ORIGEN:

Nº TARJ RESIDENTE:

CADUCIDAD: \_/ \_/ \_

DIRECCIÓN: CALLE MAHONESAS 4 4 B

DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO  
DE LA IDENTIDAD

POBLACIÓN: MURCIA

ATENCIÓN PREFERENTE:

CÓDIGO POSTAL: 30004 TELÉFONOS: 968290347 616703873

E-MAIL:

**DATOS ASISTENCIALES:**

FACULTATIVO: D/Dª EMILIO ENRIQUE FALCO VALVERDE

ENFERMERO/A: D/Dª CARMEN SERNA CALVO

CENTRO DE SALUD/CONSULTORIO: C.S. MURCIA/SAN ANDRES

CENTRO: C.S. MURCIA/SAN ANDRES

DIRECCIÓN: CALLE ESCULTOR JOSE SANCHEZ LOZANO 7

DIRECCION: CALLE ESCULTOR JOSE SANCHEZ LOZANO 7

TELÉFONO CITA: 968228250 - 968394800

TELÉFONO URGENCIAS: 112

TELÉFONO CITA: 968228250 968394800

EMAIL:

EMAIL:

**MOTIVO DE EMISIÓN DE LA TARJETA SANITARIA**

CITE: 80724000080 CIP: CARM258192813153

EMISIÓN INICIAL (IN):

Nº Afiliación asistencia: 30/10317603/09

EMISIÓN SUCESIVA: CAMBIO DE AFILIACIÓN / NUEVA AFILIACIÓN (ACI):

Nº Afiliación propio: 30/10317603/09

RENOVACIÓN PERMISO DE RESIDENCIA (RP):

TIPO DE USUARIO: TITULAR

INCLUSIÓN (DN):

(DESEMPLEADO TITULAR CON PRESTAC..

EXTRAVÍO O DETERIORO (EX/DE):

Aporte: 40 %

ERROR EN DATOS DE TARJETA (ER):

Caducidad: \_/ \_/ \_

GERENCIA ATENCION PRIMARIA Nº 1  
UNIDAD DE RECEPCION  
TARJETA SANITARIA  
C.S. - MU - SAN ANDRES

Fecha de Solicitud: 20/10/2021

Entrada N.º \_\_\_\_\_

Sello del Centro

Los datos de este documento van a ser incorporados al fichero "Sistema de Información de Población". Para ejercer el derecho de acceso, rectificación y/o cancelación, se informa que, el órgano de la Administración responsable del fichero es la Gerencia del SERVICIO MURCIANO DE SALUD, y el ejercicio del derecho de acceso se efectuará ante la Dirección General de Aseguramiento y Prestaciones. Las cesiones previstas son a otros organismos sanitarios y oficiales de estadísticas.

Validez provisional para acceder a los servicios sanitarios hasta tres meses siguientes a la fecha del presente documento