



**SOLICITANTE**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Persona de contacto \_\_\_\_\_  
Medio de notificación:  
 Teléfono \_\_\_\_\_  E-mail \_\_\_\_\_

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS DE SU CAMBIO DE TERAPEUTA**

\_\_\_\_\_

**SOLICITA**

Ser atendido/a por el/la profesional: \_\_\_\_\_  
 Dejo la asignación a criterio del Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones.

**EL SERVICIO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES SE COMPROMETE A:**

1. Evaluar su solicitud a través de la comisión de cambio de terapeuta considerando tanto las necesidades de la persona usuaria como los criterios organizacionales y asistenciales.
2. Notificar a la persona usuaria por medio de comunicación elegida. Una vez que se ha comunicado a la persona usuaria su nuevo terapeuta se mantendrá con una permanencia de 12 meses. Durante este periodo no podrá volver a solicitar cambio.
3. Garantizar la continuidad asistencial en todo momento, respetando los principios de equidad y calidad del Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones.

**BASE LEGAL DEL CAMBIO DE TERAPEUTA**

Este derecho a cambio de terapeuta tiene una base legal que está recogido en la Ley 2/1998 de 15 de Junio de Salud de Andalucía, en la Ley 14/1986 de 25 de Abril General de Sanidad, y en el artículo 12 del Reglamento de Régimen Interior del Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones.

**PROTECCIÓN DE DATOS**

De conformidad con la normativa de protección de datos personales, le informamos que los datos personales que se recogen en este formulario serán objeto de tratamiento en la actividad SERVICIO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES responsabilidad de DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ALMERÍA con la finalidad de ATENCIÓN AMBULATORIA DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LAS ADICCIONES QUE ASÍ LO SOLICITAN Y PARA PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, INSERCIÓN SOCIAL, FORMACIÓN E INFORMACIÓN, en base a la legitimación de CONSENTIMIENTO. [Más información sobre Protección de Datos personales en este enlace](#), en el apartado de privacidad de [www.dipalme.org](http://www.dipalme.org) o bien en la oficina de información o dependencia donde realice su gestión. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación, siguiendo las indicaciones facilitadas, previa acreditación de su identidad. Con la firma de este formulario, confirmo que he sido informado sobre el tratamiento de mis datos personales para la actividad SERVICIO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES.



**FECHA Y FIRMA**

EN \_\_\_\_\_, A \_\_\_\_\_  
FDO. \_\_\_\_\_  
**(EL/LA SOLICITANTE)**