

D./Dña. ...., con D.N.I número ..... y domicilio en Cl/Plz/Avd ..... del municipio de Ontígola, mayor de edad, actuando en nombre y representación propia, ante esa Dirección Gerencia-

**EXPONE:**

Que en fecha 11 de marzo de 2015 los Presidentes de Castilla-La Mancha y Madrid suscribieron un convenio con la Comunidad de Madrid por el que los vecinos de Ontígola podríamos recibir atención sanitaria especializada en el Hospital del Tajo situado en la localidad de Aranjuez.

Que el convenio entre ambas regiones fue debatido por el Senado el 29 de abril de 2015 y aprobado su contenido, desplegando plena validez jurídica.

Que antes de la finalización del plazo establecido al efecto el que suscribe presentó solicitud de elección del Hospital del Tajo, de acuerdo con lo dispuesto en las Instrucciones sobre el procedimiento de elección de hospital básico de primer nivel en la Comunidad de Madrid.

Que el 29 de enero de 2016 el DOCLM publicó la resolución firmada por la Directora Gerente del SESCAM al objeto de la ampliación del plazo para la resolución de las solicitudes presentadas hasta el 31 de Julio del 2016.

Que de acuerdo con las Instrucciones precitadas, transcurrido el plazo sin resolución expresa, se entenderá estimada la solicitud con los efectos previstos en el art. 43 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, pudiendo, por tanto, solicitar el interesado la expedición del documento acreditativo de la asignación correspondiente.

Que el artículo 44 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común permite a los ciudadanos solicitar certificación del acto presunto, debiéndose extender inexcusablemente en el plazo de veinte días.

Por todo lo anteriormente expuesto, **SOLICITA**

Que se expida certificación del acto presunto estimatorio de su solicitud de elección del Hospital del Tajo de Aranjuez, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente.

En ....., a ..... de ..... 2016

Firma

A/A DIRECTORA GERENTE DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA  
C/ Río Guadiana, 5.- TOLEDO-