

**FORMULARIO PARA LA EMISION DE TARJETA
(INICIAL O SUCESIVA O ROTURA O EXTRAVIO)**

Sector:

| | | |
|--|--|------------------------------------|
| DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL USUARIO | | Sobreimpresión datos de la tarjeta |
| Apellidos: | | |
| Nombre: | Nombre Corto: | |
| Sexo: (Hombre, Mujer) | Fecha Nacimiento: | |
| C.Autónoma de nacimiento: | (A cumplimentar si no hay sobreimpresión de tarjeta) | |
| Pais de nacimiento: | CITE: | |
| Extranjero: (S/N) NIF/NIE: | Pasaporte: | CIA: CIP: |
| Validez de tarjeta: (mes año) | (Sólo para extranjeros) | N.Afiliación: |
| Domicilio: | N.: | Tipo Usuario: |
| Otros datos: | Teléfono: | NIF/NIE: |
| Localidad: | Móvil: | Caducidad: |
| C.Postal: Provincia: | | Nombre y Apellidos: |

| | | |
|--|---------------------------|------------------------|
| DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA COMUNIDAD AUTONOMA | | TIPO DE USUARIO |
| Médico asignado (adherir etiqueta de adscripción de médico) Dr/a: | | |
| Dir.: | | |
| Tel.Cita: | Tel.Urg.: | |
| CIAS: | Centro: | |
| Núm. afiliación: | Núm. asistencia: | |
| Titular/Beneficiario: (T ó B) | | |
| C.Autónoma procedencia: | | |
| Titular fuera del Servicio de Salud: | (sólo para beneficiarios) | E.Colaboradora: |
| Validez de tarjeta hasta: (mes año) | (Sólo para extranjeros) | |

| | |
|---------------------------|----------------------|
| EMISION DE TARJETA | OBSERVACIONES |
| Nueva Afiliación: T ó B | |
| Nueva Caducidad: | Remitir a: |
| Nuevo Tipo: | Fecha de Solicitud: |

(*) Cuando el cambio de afiliación implique cambio de tipo de usuario se anotara el nuevo tipo.
Los datos de este formulario van a ser incorporados al fichero "Registro de usuarios del Sistema de Salud de Aragón" creado por la orden de 8 de abril de 2003, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios sociales publicada en el BOA de 16 de abril de 2003. Los datos personales recogidos son los de identificación, localización y/o cancelación, se informa que el órgano de la administración responsable del fichero es el Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, y el ejercicio del derecho de acceso se efectuará ante la Dirección General de Planificación y Aseguramiento. Las posibles cesiones previstas son a la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud, para coordinación con otros Servicios de Salud y a los centros sanitarios para su uso con objeto de facilitar el acceso a los mismos. Al firmante del presente documento le asiste el derecho a no declarar sobre su ideología, religión o creencias.

Validez provisional para acceder a los servicios sanitarios hasta tres meses siguientes a la fecha de presentación de este documento

Fecha y Firma del INTERESADO

EJEMPLAR PARA EL USUARIO