

**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