

ANEXO I

**SOLICITUD DE TRATAMIENTO GRATUITO DE SUPUESTOS ESPECIALES POR MOTIVOS
DE SALUD PÚBLICA PARA PERSONAS SIN RECURSOS**

Apellido		Apellido		Nombre		
NIF / TIE / Pasaporte	Sexo	Nacionalidad	País de procedencia			
Fecha de nacimiento		Teléfono fijo, móvil				
Dirección		Nº	Piso	Código postal	Localidad	Provincia
DATOS DEL REPRESENTANTE (padre, madre, tutor legal o persona autorizada)						
Apellido y nombre		NIF / TIE / Pasaporte			Teléfono fijo, móvil	
DATOS DE CONTACTO (Para facilitar la tramitación del servicio, autorizo al Departamento de Sanidad a utilizar los medios de contacto aquí indicados).						
<p>AUTORIZO: Al Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón para la consulta de mis datos de identidad y/o empadronamiento, mediante acceso telemático a los archivos de la Administración. Al Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón para que pueda obtener datos de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria relativos al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.</p>						
<p>FIRMA Nombre y apellidos Lugar y fecha</p>						
INFORME JUSTIFICACION SALUD PÚBLICA						
<p>Nombre y apellidos Médico Admón. Sanitaria Lugar y fecha</p> <p style="text-align: right;">FIRMA</p>						