

SOLICITUD DE ATENCIÓN SANITARIA Y TRATAMIENTO DE SUPUESTOS ESPECIALES POR MOTIVOS DE SALUD PÚBLICA

Primer apellido		Segundo apellido			
Nombre		Sexo			
		<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Mujer	
NIF/NIE/Pasaporte		Nacionalidad		País de procedencia	
Fecha de nacimiento		Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Tipo de vía		Nombre vía			
Nº	Piso	Letra	Municipio	Provincia	C.Postal

DATOS DEL REPRESENTANTE (padre, madre, tutor legal o persona autorizada)

Primer apellido		Segundo apellido			
Nombre		NIF/NIE/Pasaporte			
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil		Correo electrónico	

DATOS DE CONTACTO (Para facilitar la tramitación del servicio, autorizo al Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia a utilizar los medios de contacto aquí indicados)

Teléfono Fijo		Teléfono Móvil		Correo electrónico	

AUTORIZO:

Al Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia 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, Bienestar Social y Familia 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.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado:

Nombre y apellidos:

INFORME JUSTIFICACION SALUD PÚBLICA

Nombre y apellidos médico Admón. Sanitaria:

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado: