

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 a utilizar los medios de contacto aquí indicados)

Teléfono fijo		Teléfono móvil		Correo electrónico	

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.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado:

Nombre y apellidos:

INFORME JUSTIFICACION SALUD PÚBLICA

Nombre y apellidos médico Admón. Sanitaria:

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado: