

SOLICITUD DE EXTINCIÓN DEL CONVENIO ESPECIAL PARA LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA, EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

DATOS DEL INTERESADO

Nombre		Primer apellido		
Segundo apellido		DNI/NIE/Pasaporte		
Fecha Nacimiento		Nacionalidad		
Dirección		Nº	Piso	Puerta
C.P.	Localidad		Provincia	
Firma de Convenio Especial				
Día	Mes		Año	
Motivo de extinción				

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Vía/Calle		Nº	Piso	Puerta
C.P.	Localidad		Provincia	
Correo electrónico	Tfno. Móvil		Tfno. Fijo	

Solicita la **EXTINCIÓN** del Convenio Especial de prestación de asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

En _____, a ____ de _____ de _____

El solicitante / El representante

Responsable: Dirección General de Derechos y Garantías del Usuario del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.

Finalidad: Gestión telemática de trámites e información. Los datos recogidos sirven para gestionar las solicitudes de los usuarios, sin que se realicen perfiles de ningún tipo ni explotaciones estadísticas sin anonimizar. **Legitimación:** Ejercicio de Poderes Públicos en base al Decreto 23/2016, de 9 de febrero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud. **Destinatarios:** No se cederán datos a terceros ajenos a la propia Administración responsable del Tratamiento, salvo obligación legal. No se realizarán transferencias de datos a terceros países, salvo obligación legal.

Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. **Información**

adicional: La fuente de los datos es el propio usuario de manera directa. Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/proteccion-datos

DIRECTOR GENERAL DE DERECHOS Y GARANTIAS DE LOS USUARIOS DEPARTAMENTO DE SANIDAD