

**SOLICITUD PARA LA SUSCRIPCIÓN DE CONVENIO ESPECIAL PARA LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA A PERSONAS QUE NO TENGAN LA CONDICIÓN DE ASEGURADAS NI DE BENEFICIARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN**

**DATOS DEL INTERESADO**

Nombre		Primer apellido		
Segundo apellido		N.º documento de identificación		
Fecha de nacimiento		Sexo		
País de nacimiento		Nacionalidad		
Dirección		N.º	Piso	Puerta
Código Postal	Localidad		Provincia	
Teléfono móvil	Otro teléfono	Correo		

**DATOS DEL REPRESENTANTE, SI PROCEDE**

Nombre		Primer apellido		
Segundo apellido		N.º documento de identificación		
Dirección		N.º	Piso	Puerta
Código Postal	Localidad		Provincia	

**DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES**

Vía/Calle		N.º	Piso	Puerta
Código Postal	Localidad		Provincia	

Solicita la suscripción del convenio especial para la prestación de asistencia sanitaria a **personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón**, de acuerdo a lo establecido en el Real Decreto 576/2013 de 26 de julio. (BOE de 27 de julio de 2013).

- Suscriptor es menor de 65 años: cuota mensual 60 euros.**  
 **Suscriptor tiene 65 o más años: cuota mensual 157 euros.**

El solicitante autoriza a la administración sanitaria al acceso y comprobación de los datos personales para la ratificación oportuna de esta solicitud.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El solicitante / El representante

**Documentación que se aporta:**

- Copia compulsada de DNI/NIE/otro documento acreditativo de la identidad del solicitante.
- Copia compulsada de DNI/NIE/otro documento acreditativo de la identidad del representante.
- Documento acreditativo de la representación.
- Certificado de empadronamiento donde conste la antigüedad de empadronamiento en cualquier municipio español, durante un periodo continuado mínimo de un año, inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud.
- Certificado de empadronamiento en algún municipio de la Comunidad Autónoma de Aragón en el momento de presentar la solicitud.
- Declaración responsable del interesado, de no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título ya sea de aplicación nacional o de otros países.

El solicitante de suscripción de convenio especial de prestación de asistencia sanitaria estará obligado a notificar a la Administración cualquier variación que se produzca en su situación y que implique dejar de cumplir alguno de los requisitos obligatorios.

**Responsable:** Dirección General de Transformación digital, Innovación y Derechos de los 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 122/2020, de 9 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud, modificado por el Decreto 181/2021, de 15 de diciembre, del Gobierno de Aragón y por el Decreto 41/2022, de 23 de marzo, del Gobierno de Aragón. **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 <https://protecciondatos.aragon.es/registro-actividades/121>

## DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./Doña \_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en  
C/ \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
con Documento Nacional de Identidad/NIE n.º \_\_\_\_\_  
actuando en su propio nombre y derecho o en representación de D./Doña  
\_\_\_\_\_, con domicilio  
en C/ \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
con Documento Nacional de Identidad/NIE, en calidad de \_\_\_\_\_  
a efectos de solicitar la suscripción de un convenio especial de prestación de  
asistencia sanitaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, de acuerdo  
con lo establecido en el Real Decreto 576/2013 de 26 de julio. (BOE de 27 de julio de  
2013).

### DECLARO RESPONSABLEMENTE

**Que cumplo/que mi representado cumple con el requisito de no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier título.**

Que conozco/que mi representado conoce que la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón se reserva el derecho a realizar cuantas comprobaciones estime convenientes para verificar la certeza de lo que en este documento se declara y que, de no ser ciertas, se reserva la posibilidad de llevar a cabo cuantas actuaciones considere oportunas.

Firma del solicitante o representante:

Nombre y apellidos:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**ORDEN DE DOMICILIACION DE CUOTAS POR SUSCRIPCION DE CONVENIO ESPECIAL DE  
PRESTACION DE ASISTENCIA SANITARIA**

D./Doña

(*nombre y apellidos de la persona titular de la cuenta*) autoriza a la entidad bancaria cuyos datos figuran a continuación para que atienda los cargos derivados de este Convenio que contra la misma presentará el Servicio Aragonés de Salud, según el siguiente detalle:  
Concepto: Convenio especial para la prestación de asistencia sanitaria a favor de

D./Doña

Nombre de la entidad bancaria

CÓDIGO IBAN:	
TITULAR DE LA CUENTA:	
Nombre	Primer apellido
Segundo apellido	NIF/NIE/otro documento de identificación

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del titular de la cuenta

**DEPARTAMENTO DE SANIDAD.  
ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD.**

**Responsable:** Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud. **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 122/2020, de 9 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud, modificado por el Decreto 181/2021, de 15 de diciembre, del Gobierno de Aragón y por el Decreto 41/2022, de 23 de marzo, del Gobierno de Aragón. **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 <https://protecciondatos.aragon.es/registro-actividades/121>