

**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 SOLICITANTE**

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 LEGAL, 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 requerida: (obligatorio adjuntar a esta solicitud)**

- 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 legal, si procede.
- 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 asis-  
tencia 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.

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

Firma del solicitante

Nombre y apellidos

Firma del representante

Nombre y apellidos

**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>