

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		Nº 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
(firma obligatoria)

El representante
(firma obligatoria si procede)

Documentación requerida: (obligatorio adjuntar a esta solicitud)

- Copia compulsada de DNI/NIE/Pasaporte documento acreditativo de la identidad del solicitante.
- Copia compulsada de DNI/NIE/Pasaporte 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 Cuidados y Humanización 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.

En _____, a ____ de _____ de _____

El solicitante
(firma obligatoria)

El representante
(firma obligatoria si procede)

