



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 DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

DATOS DEL/LA INTERESADO/A

Nombre		Primer apellido				
Segundo apellido			DNI/NIE/otro documento de identificación			
Fecha de nacimiento	Sexo	País de nacimiento		Nacionalidad		
Dirección				N.º	Piso	Puerta
C.P.	Localidad		Provincia			

DATOS DEL/LA REPRESENTANTE SI PROCEDE

Nombre		Primer apellido			
Segundo apellido			DNI/NIE/otro documento de identificación		

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

Vía/Calle				N.º	Piso	Puerta
C.P.	Localidad		Provincia			
Correo electrónico			Teléfono fijo:			
			Teléfono móvil:			

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 del Principado de Asturias, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio (BOE de 27 de julio de 2013).

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

En _____, a ____ de _____ de 20
El/la solicitante/representante

SR DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Documentación que se aporta:

- Copia de DNI/NIE/otro documento acreditativo de la identidad del/la solicitante
- Copia de DNI/NIE/otro documento acreditativo de la identidad del/la representante
- Documento acreditativo de la representación
- Documento que acredite la residencia efectiva en España o en el territorio de los demás estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo, de Suiza o del Reino Unido, 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 del Principado de Asturias en el momento de presentar la solicitud
- Declaración responsable del/la interesado/a, de no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título de aplicación nacional o de otros países
- Orden de domiciliación

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

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales recogidos en esta solicitud serán registrados en los ficheros automatizados responsabilidad de la Consejería de Sanidad y del Servicio de Salud del Principado de Asturias, para la gestión de los usuarios con acceso al sistema sanitaria asturiano, aplicándose las medidas de seguridad exigidas por dicha Ley. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrán realizarse en los términos previstos en la citada Ley Orgánica.