

**ANEXO I**

**ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA TEMPORAL PARA LAS PERSONAS EXTRANJERAS SIN LA CONDICIÓN DE ASEGURADO Y SIN RECURSOS ECONOMICOS SUFICIENTES**

**SOLICITUD**

**Alta**

**Renovación**

<b>Apellido</b>		<b>Apellido</b>		<b>Nombre</b>		
<b>Pasaporte</b>	<b>Sexo</b>	<b>Nacionalidad</b>	<b>País de procedencia</b>			
<b>Fecha de nacimiento</b>				<b>Teléfono fijo, móvil</b>		
<b>Dirección</b>		<b>Nº</b>	<b>Piso</b>	<b>Código postal</b>	<b>Municipio</b>	<b>Provincia</b>

**DATOS DEL REPRESENTANTE** (padre, madre, tutor legal o persona autorizada)

<b>Apellido y nombre</b>	<b>NIF/NIE/Pasaporte</b>	<b>Teléfono fijo, móvil</b>

**DATOS DE CONTACTO** (Para facilitar la tramitación del servicio, autorizo al Departamento de Sanidad a utilizar los medios de contacto aquí indicados).

<b>Teléfono fijo</b>	<b>Teléfono móvil</b>	<b>Correo electrónico</b>

**AUTORIZO:**

Autorizo al órgano instructor para la consulta de los datos de identidad, empadronamiento e ingresos a través del Servicio de Verificación de Datos de la Administración General del Estado a los solos efectos de esta solicitud.

En el caso de NO consentir la consulta marque esta casilla  y aporte los documentos requeridos.

En caso de Renovación:

Declaro responsablemente que se mantiene el cumplimiento de los requisitos que dieron origen al acceso a la asistencia sanitaria temporal para personas extranjeras sin la condición de asegurado ni recursos económicos.

**FIRMA**

**Nombre y apellidos**

**Lugar y fecha**

**DIRECTOR/A GENERAL DE DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS USUARIOS**