



V. ACTUALIZACIÓN DE DATOS
(Cumplimentar únicamente los apartados donde se haya producido variación)

I. DATOS DE LA PERSONA TITULAR DEL EXPEDIENTE

Nombre	Apellido 1		Apellido 2	
Tipo de identificador	<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Otros
Nº Identificador				
Fecha de nacimiento	/	/	País de nacimiento	
Provincia de nacimiento	Municipio de nacimiento			
Nacionalidad	Hija/o de			
Sexo	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre	Estado civil	
Teléfono 1	Teléfono 2			

Dirección Principal (en la que reside habitualmente la persona solicitante)									
Provincia					Municipio				
Tipo Vía					Nombre de la Vía				
<input type="checkbox"/> S/N	Nº	NºBIS	BI	Portal	Esc	PI	Pu	Km	

II. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Tipo de representante	<input type="checkbox"/> Representante legal	<input type="checkbox"/> Guardadora de Hecho		
Nombre	Apellido 1		Apellido 2	
Tipo de identificador	<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Otros
Nº Identificador				
Fecha de nacimiento	/	/	Teléfono 1	Teléfono 2
Sexo	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre		

Dirección a efectos de notificaciones la persona representante									
Provincia					Municipio				
Tipo Vía					Nombre de la Vía				
<input type="checkbox"/> S/N	Nº	NºBIS	BI	Portal	Esc	PI	Pu	Km	

III. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN

Tipo de notificación:	
<input type="checkbox"/> Persona solicitante	<input type="checkbox"/> Persona representante
Marque sólo una opción:	
<input type="checkbox"/> OPTO porque las notificaciones que proceda practicar se efectúen en dirección postal.	
<input type="checkbox"/> OPTO porque las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Telemáticas (SNT) del Gobierno de Aragón.	

IV. PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento: Dirección Gerencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS).
Finalidad: Sus datos de carácter personal serán tratados con el fin exclusivo de la gestión de los procedimientos administrativos para el reconocimiento de la situación de dependencia y el acceso a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Aragón **Legitimación:** La licitud del tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos (conforme con el artículo 6.1.e) del Reglamento General de Protección de Datos). **Destinatarios:** No se comunicarán datos a terceros salvo obligación legal.
Derechos: Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, ante el IASS sito en Zaragoza, Paseo María Agustín, 16 o en la dirección de correo electrónico iass@aragon.es **Más información:** Podrá consultar información adicional y detallada en el Registro de Actividades de Tratamiento de Gobierno de Aragón, http://aplicaciones.aragon.es/notif_lopd_pub/ identificando la Actividad de Tratamiento "Atención a la dependencia".



V. DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud así como en la documentación que la acompaña, y que conozco mi obligación de comunicar cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales en lo sucesivo.
- Que pondré en conocimiento de los órganos competentes para la gestión del referido procedimiento cualquier cambio que pueda acaecer en el futuro.
- Que autorizo a los siguientes familiares para acceder al expediente:

Apellido 1	Apellido 2	Nombre	DNI/NIE/Pasaporte	Parentesco	Teléfono

- Asimismo, ME COMPROMETO a facilitar el acceso al lugar de residencia para el desarrollo de las tareas de valoración y, en su caso, el seguimiento y control de la prestación correspondiente.
- En el caso de actuar como persona guardadora de hecho: que tengo bajo mi guarda y cuidado a la persona para la cual solicito el reconocimiento de dependencia por las razones que a continuación se expresan:
 - Edad avanzada de la persona solicitante del reconocimiento de dependencia.
 - Disminución capacidad de la persona solicitante del reconocimiento de dependencia.
 - Otras razones. Especificarlas:.....

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma de la persona solicitante o Representante Legal/Representante/Guardadora de Hecho