

**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				
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. CAPACIDAD ECONÓMICA DECLARACIÓN RESPONSABLE ÚNICA**

<b>Cuenta Bancaria Nº IBAN:</b>

En la cuenta aportada debe aparecer como titular el solicitante de reconocimiento de la situación de dependencia. Con la firma de esta solicitud se autoriza a que, en su caso, se abonen en este número de cuenta las prestaciones económicas que pudieran ser reconocidas, o se carguen en ella los recibos emitidos por la participación económica en los servicios que le pudieran corresponder.

**IV. PROTECCIÓN DE DATOS**

La unidad responsable del tratamiento de los datos de carácter personal requeridos en esta solicitud es el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS). Dichos datos serán tratados con el fin exclusivo de gestionar 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. La licitud del tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal. No se comunicarán datos a terceros, salvo obligación legal. Podrá ejercer sus derechos de [acceso](#), [rectificación](#), [supresión](#) y [portabilidad](#) de los datos o de [limitación](#) y [oposición](#) a su tratamiento, así como a [no ser objeto de decisiones individuales automatizadas](#) a través de la sede electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón con los formularios normalizados disponibles. Podrá obtener información adicional en el Registro de Actividades de Tratamiento del Gobierno de Aragón, en el siguiente enlace [https://aplicaciones.aragon.es/notif\\_lopd\\_pub/details.action?fileId=321](https://aplicaciones.aragon.es/notif_lopd_pub/details.action?fileId=321)

## 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

**DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL IASS EN**