

**SOLICITUD DE ADMISIÓN EN CENTROS DE ATENCIÓN A
PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

DATOS DEL SOLICITANTE:

PRIMER APELLIDO:			
SEGUNDO APELLIDO:			
NOMBRE:			
SEXO:		D.N.I.:	
FECHA NACIMIENTO:			
DOMICILIO: (Calle o Plaza y Número)			TELÉFONO:
LOCALIDAD:		CÓDIGO POSTAL:	
PROVINCIA:			
DESCRIPCIÓN DE LA MINUSVALÍA:			

DATOS DEL REPRESENTANTE:

PRIMER APELLIDO:			
SEGUNDO APELLIDO:			
NOMBRE:			
SEXO:		ESTADO CIVIL:	
D.N.I.:		FECHA NACIMIENTO:	
DOMICILIO: (Calle o Plaza y Número)			TELÉFONO:
LOCALIDAD:		CÓDIGO POSTAL:	
PROVINCIA:			
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE:			

CIRCUNSTANCIAS DE TIPO FAMILIAR, SOCIAL O ECONÓMICO A DESTACAR:

--

RÉGIMEN:

INTERNO:	<input type="checkbox"/>	EXTERNO:	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------

CENTRO/S SOLICITADO/S:

--

DECLARACIÓN:

Declaro ser ciertos cuantos datos anteceden, así como los facilitados para la elaboración de los informes preceptivos para la valoración del expediente, y soy consciente de que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación del expediente o la expulsión del Centro, en el supuesto de haber sido admitido.

ADVERTENCIA LEGAL:

Conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, se le informa que los datos personales recogidos en esta solicitud pasarán a formar parte de un fichero protegido propiedad del Instituto de Atención Social y Sociosanitaria, y que los mismos sólo serán utilizados a los efectos de la tramitación de su solicitud de ingreso en alguno de nuestros Centros Sociosanitarios, y por las personas autorizadas para ello.

En a de de

(firma)