



AJUNTAMENT
DE VILAFAMÉS

UNITAT DE RESPIR FAMILIAR - Regidoria de Benestar Social i Igualtat

DADES DEL SOL·LICITANT

Nom y cognoms: _____

DNI: _____

Domicili: _____

Municipi: _____, Província: _____, CP: _____

Telèfon fix: _____ Telèfon mòvil: _____

Persona amb diversitat funcional: NO ____ / SI ____ (marcar una X)

En el cas de ser afirmatiu determinar el grau de discapacitat: _____

DADES DEL/ DE LA REPRESENTANT LEGAL (si es el cas)

Nom y cognoms: _____

DNI: _____

Relació amb el sol·licitant: _____

Domicili: _____

Municipi: _____, Província: _____, CP: _____

Telèfon fix: _____ Telèfon mòvil: _____

**CENTRE SOL·LICITAT: UNITAT DE RESPIR FAMILIAR DE
VILAFAMÉS**



AJUNTAMENT
DE VILAFAMÉS

UNITAT DE RESPIR FAMILIAR - Regidoria de Benestar Social i Igualtat

MOTIUS DE LA SOL·LICITUT

DOCUMENTACIÓ ADJUNTA (original i/o còpia)

- a) DNI del/de la sol·licitant
- b) DNI del /de la representant legal, en el seu cas i sentència incapacitació.
- c) Certificat de la pensió
- d) Informe mèdic de dependència

SOL·LICITUD, DECLARACIÓ, LLOC, DATA I SIGNATURA

DECLARO sota la meua expressa responsabilitat que són certs quants dades figuren en la present sol·licitud, així com en la documentació que s'adjunta. La falsedat de les dades declarades o de la documentació aportada per a l'acreditació de les circumstàncies determinants dels criteris de valoració comportarà l'exclusió de la sol·licitud o del programa, sense perjudici de l'exigència de les responsabilitats d'un altre ordre en què s'hagués pogut incórrer, i

SOL·LICITO

Vilafamés, _____ de _____ de 20__

EL/LA SOL·LICITANT O REPRESENTANT LEGAL

Signat: _____

AUTORITZACIÓ



AJUNTAMENT
DE VILAFAMÉS

UNITAT DE RESPIR FAMILIAR - Regidoria de Benestar Social i Igualtat

AUTORITZO la comunicació de dades de caràcter personal a altres òrgans, administracions públiques o entitats col·laboradores, per a l'exercici de competències que versin sobre matèries pròpies o diferents a les quals es refereix la present sol·licitud. Sol·licitant i/o Representant legal.

Signat: _____

Signat: _____

Em comprometo a realitzar entrevista amb Serveis Socials de la Mancomunitat Plana perquè es realitzi la valoració de la la situació sociofamiliar i la valoració cognitiva.

Sol·licitant i/o representant legal

Signat: _____

Signat: _____

PROTECCIÓ DE DADES. Les dades de caràcter personal continguts en l'imprès podran ser inclosos en un fitxer per al seu tractament per aquest òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seves competències. Així mateix, se li informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició tot això de conformitat amb el que es disposa en l'art.5 de la Llei orgànica 15/1999, de Protecció de dades de Caràcter Personal (BE nº 298, de 14/12/99).