

SOLICITUD

TRASLADO O PERMUTA DE PLAZA EN CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CENTRO RESIDENCIAL CENTRO DE DÍA

Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE Y DEL/ DE LA REPRESENTANTE LEGAL			
APELLIDOS Y NOMBRE			DNI/NIF
SEXO	ESTADO CIVIL	FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	
CENTRO EN EL QUE RESIDE			TIEMPO DE PERMANENCIA
DOMICILIO (calle, plaza o avenida y número)			
LOCALIDAD		PROVINCIA	CÓD. POSTAL
APELLIDOS Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O GUARDADOR DE HECHO			DNI/NIF
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE			
DOMICILIO (calle, plaza o avenida y número)			
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓD. POSTAL	TELÉFONO

2 DATOS DEL CENTRO AL QUE SOLICITA EL TRASLADO/PERMUTA
2.1 CENTRO AL QUE SOLICITA EL TRASLADO/PERMUTA
2.2 MOTIVO DE LA SOLICITUD
2.3 EN CASO DE PERMUTA, NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO/A CON QUIEN SE PRETENDE PERMUTAR

3 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>DECLARO bajo mi expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y SOLICITO el <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/> permuta al centro indicado.</p> <p>En a de de</p> <p>EL/LA INTERESADO/A, REPRESENTANTE LEGAL O GUARDADOR/A DE HECHO</p> <p>Fdo.:</p>

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL EN

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Asuntos Sociales le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad el ingreso en Centros de atención a personas con discapacidad. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a a la Delegación Provincial de Asuntos Sociales o Centro de Día que tramite la solicitud.

EJEMPLAR PARA LA DELEGACIÓN PROVINCIAL

000972/A02

A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO DONDE SE ENCUENTRA ATENDIDO

INFORME SOCIAL

Fdo. Trabajador/a Social:
(firma y sello)

INFORME MÉDICO

Fdo. Médico/a:
(firma y sello)

INFORME PSICOLÓGICO

Fdo. Psicólogo/a:
(firma y sello)

EJEMPLAR PARA LA DELEGACIÓN PROVINCIAL

000972/A02

SOLICITUD

TRASLADO O PERMUTA DE PLAZA EN CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CENTRO RESIDENCIAL CENTRO DE DÍA

Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE Y DEL/ DE LA REPRESENTANTE LEGAL			
APELLIDOS Y NOMBRE			DNI/NIF
SEXO	ESTADO CIVIL	FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	
CENTRO EN EL QUE RESIDE			TIEMPO DE PERMANENCIA
DOMICILIO (calle, plaza o avenida y número)			
LOCALIDAD		PROVINCIA	CÓD. POSTAL
APELLIDOS Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O GUARDADOR DE HECHO			DNI/NIF
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE			
DOMICILIO (calle, plaza o avenida y número)			
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓD. POSTAL	TELÉFONO

2 DATOS DEL CENTRO AL QUE SOLICITA EL TRASLADO/PERMUTA
2.1 CENTRO AL QUE SOLICITA EL TRASLADO/PERMUTA
2.2 MOTIVO DE LA SOLICITUD
2.3 EN CASO DE PERMUTA, NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO/A CON QUIEN SE PRETENDE PERMUTAR

3 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO bajo mi expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y SOLICITO el <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/> permuta al centro indicado. En a de de EL/LA INTERESADO/A, REPRESENTANTE LEGAL O GUARDADOR/A DE HECHO
Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL EN

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Asuntos Sociales le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad el ingreso en Centros de atención a personas con discapacidad. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a a la Delegación Provincial de Asuntos Sociales o Centro de Día que tramite la solicitud.

EJEMPLAR PARA EL CENTRO DE DÍA (presentar sólo en caso de solicitud para Centro de Día)

000972/A02

A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO DONDE SE ENCUENTRA ATENDIDO

INFORME SOCIAL

Fdo. Trabajador/a Social:
(firma y sello)

INFORME MÉDICO

Fdo. Médico/a:
(firma y sello)

INFORME PSICOLÓGICO

Fdo. Psicólogo/a:
(firma y sello)

EJEMPLAR PARA EL CENTRO DE DÍA (presentar sólo en caso de solicitud para Centro de Día)

000972/A02

SOLICITUD

TRASLADO O PERMUTA DE PLAZA EN CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CENTRO RESIDENCIAL CENTRO DE DÍA

Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE Y DEL/ DE LA REPRESENTANTE LEGAL			
APELLIDOS Y NOMBRE			DNI/NIF
SEXO	ESTADO CIVIL	FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	
CENTRO EN EL QUE RESIDE			TIEMPO DE PERMANENCIA
DOMICILIO (calle, plaza o avenida y número)			
LOCALIDAD		PROVINCIA	CÓD. POSTAL
APELLIDOS Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O GUARDADOR DE HECHO			DNI/NIF
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE			
DOMICILIO (calle, plaza o avenida y número)			
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓD. POSTAL	TELÉFONO

2 DATOS DEL CENTRO AL QUE SOLICITA EL TRASLADO/PERMUTA
2.1 CENTRO AL QUE SOLICITA EL TRASLADO/PERMUTA
2.2 MOTIVO DE LA SOLICITUD
2.3 EN CASO DE PERMUTA, NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO/A CON QUIEN SE PRETENDE PERMUTAR

3 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>DECLARO bajo mi expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y SOLICITO el <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/> permuta al centro indicado.</p> <p>En a de de</p> <p style="text-align: center;">EL/LA INTERESADO/A, REPRESENTANTE LEGAL O GUARDADOR/A DE HECHO</p> <p style="text-align: right;">Fdo.:</p>

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL EN

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Asuntos Sociales le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad el ingreso en Centros de atención a personas con discapacidad. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a a la Delegación Provincial de Asuntos Sociales o Centro de Día que tramite la solicitud.

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

000972/A02

A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO DONDE SE ENCUENTRA ATENDIDO

INFORME SOCIAL

Fdo. Trabajador/a Social:
(firma y sello)

INFORME MÉDICO

Fdo. Médico/a:
(firma y sello)

INFORME PSICOLÓGICO

Fdo. Psicólogo/a:
(firma y sello)

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

000972/A02