

SOLICITUD

Que formula para su admisión en el **CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN A LOS MAYORES DEL CABAÑAL**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	
FECHA NACIMIENTO	LUGAR	DNI	Nº SEG. SOCIAL
DIRECCIÓN <small>(Calle, número, escalera, piso, puerta)</small>	CÓDIGO POSTAL	CIUDAD	TELÉFONO
			MOVIL

CONVIVE CON

PARENTESCO	NOMBRE Y DOS APELLIDOS	EDAD

¿COBRA VD. PENSIÓN? <small>(Tache lo que proceda)</small>	SI NO	TIPO DE PENSIÓN Y CUANTÍA <small>(Jubilación, Viudedad, Invalidez, etc)</small>
---	----------------------------	--

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A (debe poner una persona, domicilio y teléfono diferente al suyo.)

DON/ÑA	PARENTESCO
DIRECCIÓN COMPLETA <small>(Calle, número, escalera, piso, puerta, ciudad, etc.)</small>	TELÉFONO

El abajo firmante, declara bajo su responsabilidad, no padecer enfermedad infecto-contagiosa ni psicopatías susceptibles de alterar la normal convivencia del Centro (art.54.1 de la orden 8/2012 de la Consellería de bienestar Social)

DOCUMENTACIÓN NECESARIA	REQUISITOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia del DNI - 1 fotografía tamaño carnet reciente y no se admitirán copias. - Tarjeta del Mayor (fotocopia o justificante tramitación) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tener cumplidos 60 años - No padecer enfermedad infecto-contagiosa ni psicopatías susceptibles de alterar la normal convivencia de.....de 201..... Firma del interesado/a

HA SIDO ADMITIDO COMO USUARIO CON:		La Directora del Centro
N.º	FECHA:	