XUNTA DE GALICIA
CONSELLERIA DE TRABALLO
E BENESTAR
Dirección Xeral da Dependencia e Autonomía Persoal

Solicitude de ingreso en prazas de centros de atención a persoas maiores con autonomía integradas na rede pública da Xunta de Galicia

PROCEDEMENTO:	CÓDIGO DE PROCEDEMENTO:	DOCUMENTO:
INGRESO E TRASLADO EN CENTROS DE ATENCIÓN A PERSOAS MAIORES CON AUTONOMIA	**603A**	**SOLICITUDE**

DELEGACIÓN PROVINCIAL:			SERVIZOS CENTRAIS	
DATA DE PRESENTACIÓN:	Nº DE REXISTRO:	PROVINCIA	DATA DE REXISTRO	Nº DE REXISTRO

DATOS PERSOAIS

SOLICITAÑTE 1º

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	SEXO	ESTADO CIVIL	DNI
Nº AFILIACIÓN Á SEGURIDADE SOCIAL	DATA DE NACEMENTO / /	LUGAR DE NACEMENTO LOCALIDADE	PROVINCIA		
ENDEREZO	TELÉFONO/FAX	E-MAIL	CONCELLO	C.P.	PROVINCIA DO ENDEREZO
ENDEREZO ALTERNATIVO(notificacións)	TELÉFONO/FAX	E-MAIL	CONCELLO	C.P.	PROVINCIA DO ENDEREZO

SOLICITANTE 2º ☐ ACOMPAÑANTE☐

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	SEXO	ESTADO CIVIL	DNI
Nº AFILIACIÓN Á SEGURIDADE SOCIAL	DATA DE NACEMENTO / /	LUGAR DE NACEMENTO LOCALIDADE	PROVINCIA		
ENDEREZO	TELÉFONO/FAX	E-MAIL	CONCELLO	C.P.	PROVINCIA DO ENDEREZO
ENDEREZO ALTERNATIVO(notificacións)	TELÉFONO/FAX	E-MAIL	CONCELLO	C.P.	PROVINCIA DO ENDEREZO

CENTROS QUE SOLICITA

.....

.....

.....

DECLARACIÓN

Declaro,

- que no caso de existir modificación ou cambio na situación clínico-funcional acepto o traslado a un centro que se adapte as novas circunstancias sociosanitarias.
- que, baixo a miña responsabilidade, son certos os datos consignados na presente solicitude e nos documentos que se xuntan, que non existe omisión de datos e que autorizo ao Departamento Territorial da Consellería de Traballo e Benestar para que realice as consultas necesarias de ficheiros públicos para os efectos de comprobar a veracidade dos datos declarados.

Sinatura do/s da/s solicitante/s e/ ou do/a representante legal

....., ...de.....de.....

De acordo co previsto no artigo 5 da Lei Orgánica 15/1999, "Lei de Protección de Datos de Carácter Personal", é vostede informado de que os datos incluídos nesta solicitude serán rexistrados en ficheiros automatizados responsabilidade da Consellería de Traballo e Benestar para a xestión de usuarios con acceso aos ficheiros con datos de carácter persoal, e non está prevista ningunha cesión dos ditos datos. Os dereitos de acceso, rectificación, cancelación de datos e oposición poderanse realizar nos termos previstos na citada lei.

AUTORIZACIÓN DO CÓNXUXE

Eu, Don/Dona.....con DNI nº.....expreso a miña conformidade cos gastos que ocasiona a estancia do meu xónxuxe na Residencia.
E, para que así conste, para os seus efectos,m asino a presente declaración no lugar e data consignados ante o funcionario que subscribe.

.....,.....de.....de.....

DIANTE DE MIN, O FUNCIONARIO SINATURA DO CÓNXUXE

LEXISLACIÓN APLICABLE:

ORDE DP 8 DE XANEIRO DE 1986 (BOE nº 15 do 17 de xaneiro de 1986)
ESTATUTO BÁSICO DE CENTROS: Orde do 18 de agosto de 2000, DOG nº 177 (12-9-2000)
ORDE DE 13 DE ABRIL DE 2007 (D.O.G nº 80 25 de abril de 2007)

*Xefe/a Territorial da Consellería de Traballo e Benestar de*_____