

ANEXO I b)

SOLICITUD DE INGRESO EN CENTRO
DE ESTANCIA PARA PERSONAS MAYORES

CENTRO DE PRESENTACION	FECHA DE PRESENTACION	Nº DE REGISTRO	ISLA		D.O.S.S. FECHA INGRESO	Nº DE REGISTRO
------------------------	-----------------------	----------------	------	--	---------------------------	----------------

ADVERTENCIA IMPORTANTE
ANTES DE RELLENAR ESTE IMPRESO, LEA CON DETENIMIENTO LAS
INSTRUCCIONES QUE FIGURAN EN LA CARPETILLA

DATOS PERSONALES	DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE		
	SEXO	ESTADO CIVIL	D.N.I.		Nº ATRIBUCION A LA SEGURIDAD SOCIAL		
	FECHA DE NACIMIENTO		16. LUGAR DE NACIMIENTO				
	DIAS	MESES	AÑO	DOMICILIO (CALLE O PLAZA Y NUMERO)			
				TELEFONO			
	DATOS DEL CONYUGE		LOCALIDAD DEL DOMICILIO	CODIGO POSTAL	PROVINCIA DEL DOMICILIO		
	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE				
	Nº D.N.I.		Nº ATRIBUCION SEGURIDAD SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO			
	LUGAR DE NACIMIENTO		DIAS	MESES	AÑO		

CENTROS QUE SOLICITA	CENTROS POR ORDEN DE PREFERENCIA		3º
	1º		

PLAZAS QUE SOLICITA	INDIVIDUAL <input type="checkbox"/>	DOBLE <input type="checkbox"/>			
----------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	--	--	--

DECLARACION	Declaro ser ciertos cuantos datos anteceden y soy consciente de que la ocultación o falsedad en los mismos será motivo para la cancelación de mi expediente o de mi expulsión del Centro, en el supuesto de haber sido ya admitido.
 a de de 19..... FIRMA,

AUTORIZACION DEL CONYUGE	Yo, D./Dña., expreso mi conformidad con el pago de los gastos que conlleva la estancia de mi cónyuge en el Centro, con responsabilidad solidaria. Y para que conste, a sus efectos, firmo la presente declaración en el lugar y fecha consignados ante el representante del Centro que suscribe.
	ANTE MI, REPRESENTANTE DEL CENTRO FIRMA DEL CONYUGE, Nº D.N. I.

ANEXO I c)

**SOLICITUD DE TRASLADO DE CENTRO
PARA PERSONAS MAYORES**

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA SOLICITANTE	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
	SEXO		ESTADQ CIVIL		Nº D.N.I.	
	LUGAR DE NACIMIENTO LOCALIDAD		PROVINCIA			
	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	

CENTRO AL QUE SOLICITA TRASLADO	Nº DE PLAZAS		CENTRO AL QUE SOLICITA TRASLADO	
	MOTIVOS DE LA SOLICITUD			
	FECHA:		FIRMA:	

A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO DE PROCEDENCIA			
INFORME MEDICO		INFORME SOCIAL	
FECHA:	FIRMA:	FECHA:	FIRMA:

FECHA:	FIRMA
--------	-------