

**AJUNTAMENT DE:  
AYUNTAMIENTO DE:**
**A DADES SANITÀRIES DE LA PERSONA SOL·LICITANT  
DATOS SANITARIOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	SIP	TELÈFON / TELÉFONO
HOSPITAL DE REFERÈNCIA / HOSPITAL DE REFERENCIA		CENTRE DE SALUT / CENTRO DE SALUD		TELÈFON / TELÉFONO

TRACTAMENT MÈDIC QUE REP EN L'ACTUALITAT / TRATAMIENTO MÉDICO QUE RECIBE EN LA ACTUALIDAD

TÉ TELEASSISTÈNCIA/TELEAYUDA MUNICIPAL? / ¿TIENE TELEASISTENCIA/TELEAYUDA MUNICIPAL?

 SÍ  NO

CONVIU AMB ALGUNA PERSONA QUE JA TÉ TELEASSISTÈNCIA DE DEPENDÈNCIA? / ¿CONVIVE CON ALGUNA PERSONA QUE YA TIENE TELEASISTENCIA DE DEPENDENCIA?

 SÍ  NO

**B LA PERSONA SOL·LICITANT CONVIU AMB / LA PERSONA SOLICITANTE CONVIVE CON**

COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	RELACIÓ DE PARENTIU RELACIÓN DE PARENTESCO	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO

**C PERSONES DE CONTACTE / PERSONAS DE CONTACTO**

1)	COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	RELACIÓ / RELACIÓN		<input type="checkbox"/> Té claus Tiene llaves
	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CENTRE DE TREBALL CENTRO DE TRABAJO	TELÈFON TREBALL TELÉFONO TRABAJO
2)	COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	RELACIÓ / RELACIÓN		<input type="checkbox"/> Té claus Tiene llaves
	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CENTRE DE TREBALL CENTRO DE TRABAJO	TELÈFON TREBALL TELÉFONO TRABAJO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

La persona sol·licitant / La persona solicitante

Signatura:

Firma: \_\_\_\_\_

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

 REGISTRE D'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

 DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

**AJUNTAMENT DE:  
AYUNTAMIENTO DE:**
**A DADES SANITÀRIES DE LA PERSONA SOL·LICITANT  
DATOS SANITARIOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	SIP	TELÈFON / TELÉFONO
HOSPITAL DE REFERÈNCIA / HOSPITAL DE REFERENCIA		CENTRE DE SALUT / CENTRO DE SALUD		TELÈFON / TELÉFONO

TRACTAMENT MÈDIC QUE REP EN L'ACTUALITAT / TRATAMIENTO MÉDICO QUE RECIBE EN LA ACTUALIDAD

TÉ TELEASSISTÈNCIA/TELEAYUDA MUNICIPAL? / ¿TIENE TELEASISTENCIA/TELEAYUDA MUNICIPAL?

 SÍ  NO

CONVIU AMB ALGUNA PERSONA QUE JA TÉ TELEASSISTÈNCIA DE DEPENDÈNCIA? / ¿CONVIVE CON ALGUNA PERSONA QUE YA TIENE TELEASISTENCIA DE DEPENDENCIA?

 SÍ  NO

**B LA PERSONA SOL·LICITANT CONVIU AMB / LA PERSONA SOLICITANTE CONVIVE CON**

COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	RELACIÓ DE PARENTIU RELACIÓN DE PARENTESCO	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO

**C PERSONES DE CONTACTE / PERSONAS DE CONTACTO**

1)	COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	RELACIÓ / RELACIÓN		<input type="checkbox"/> Té claus Tiene llaves
	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CENTRE DE TREBALL CENTRO DE TRABAJO	TELÈFON TREBALL TELÉFONO TRABAJO
2)	COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	RELACIÓ / RELACIÓN		<input type="checkbox"/> Té claus Tiene llaves
	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CENTRE DE TREBALL CENTRO DE TRABAJO	TELÈFON TREBALL TELÉFONO TRABAJO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

La persona sol·licitant / La persona solicitante

Signatura: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

 REGISTRE D'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

 DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE