



# FORMULARIO DE SOLICITUD DE PLAZA

## DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE: .....		
Nº D.N.I.: .....	SEXO: .....	ESTADO CIVIL: .....
FECHA DE NACIMIENTO: .....	LUGAR: .....	
EDAD ACTUAL: .....	DOMICILIO: .....	
LOCALIDAD: .....	PROVINCIA: .....	
CÓDIGO POSTAL: .....	TELÉFONO: .....	

## DATOS DEL RESPONSABLE

APELLIDOS Y NOMBRE: .....	
RELACIÓN CON EL INTERESADO: .....	Nº D.N.I.: .....
DOMICILIO: .....	
LOCALIDAD: .....	CORREO ELECTRONICO .....
CÓDIGO POSTAL: .....	TELÉFONO: .....

## ATENCIÓN MÉDICA

RECIBIDA A TRAVÉS DE: .....
<small>(Seguridad social, MUFACE, ISFAS,..)</small>

## DATOS ECONÓMICOS

PENSIÓN RECIBIDA POR: .....
<small>(Seguridad social, Clases pasivas,..)</small>
CLASE DE PENSIÓN: .....
<small>(Jubilación, viudedad, invalidez, no contributiva,...)</small>
IMPORTE: .....

## SITUACIÓN SANITARIA

¿Padece algún tipo de enfermedad física?:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
En caso afirmativo indique la naturaleza de la misma:				
¿Padece algún tipo de problema psíquico?:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
En caso afirmativo indique la naturaleza del mismo:				
El trastorno, ¿produce problemas de convivencia?:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
¿Padece enfermedad infecto contagiosa?:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
En caso afirmativo indique la naturaleza de la misma:				

## SITUACIÓN DE AUTONOMÍA

NECESITA AYUDA PARA:				
Su aseo higiénico y personal	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Vestirse / desvestirse	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Ir al servicio	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Moverse / trasladarse	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Alimentarse.	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
¿TIENE CONTROL DE ESFÍNTERES?	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE PLAZA

### TIPO DE HABITACIÓN QUE SOLICITA:

DOBLE	INDIVIDUAL
-------	------------

### OBSERVACIONES:

--

Se informa que los datos serán incorporados a un fichero sobre los cuales dispone de los derechos contemplados en la legislación vigente sobre PROTECCION DE DATOS PERSONALES, pudiendo contactar en la siguiente dirección: ASVAI, C/ Chancillería, nº 3. 47003 – Valladolid.

....., de ..... de 20.....

Firma del interesado

Los solicitantes deberán comunicar a la Dirección del Centro cualquier modificación que se produzca en su situación socio-económica y sanitaria, así como los cambios de domicilio. Así mismo, **los solicitantes asumen la obligación de renovar la presente solicitud de ingreso, con una periodicidad anual, al objeto de mantener actualizada la lista de espera de solicitantes. En caso contrario, transcurrido ese tiempo, la solicitud, causará baja.**



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE PLAZA**