



SOLICITUDE DE / CENTRO DYA/ RESPIRO FAMILIAR

APELIDOS E NOME:

ENDEREZO:

TFNO DE CONTACTO.:

DNI:

Autorizo ós Servizos Sociais do Concello de Ferrol a dispoñer dos meus datos persoais, co fin de envialos á Entidade DYA para que poidan levar a cabo a prestación do servizo solicitado.

SOLICITANTE DO SERVIZO:

CENTRO DE DÍA:

RESPIRO FAMILIAR

Esta solicitude vai acompañada dos seguintes documentos:

<input type="checkbox"/>	Copia do DNI
<input type="checkbox"/>	Copia da tarxeta sanitaria
<input type="checkbox"/>	Recibo de aluguer ou fotocopia do recibo da contribución
<input type="checkbox"/>	Xustificación de ingresos de todos os membros da familia maiores de 18 anos
<input type="checkbox"/>	Declaración da Renda de todos os membros da familia maiores de 18 anos
<input type="checkbox"/>	Certificado de Patrimonio (Xunta de Galicia)
<input type="checkbox"/>	Informe médico ou Certificación de Minusvalía se procede

FERROL,

O/A SOLICITANTE DO SERVIZO,

ILMO. SR. ALCALDE-PRESIDENTE DO EXCMO. CONCELLO DE FERROL