



Solicitud de Traslado

Unidad de Atención a la Dependencia

A/A PRESIDENCIA DEL INSTITUTO INSULAR DE ATENCIÓN SOCIAL Y SOCIO SANITARIA

MAYORES

DISCAPACIDAD

1.- DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DE TRASLADO:

1^{ER} APELLIDO: _____ 2^{ER} APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

NIF/NIE/PASAPORTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: (Los campos marcados con (*) tienen carácter obligatorio) _____

TIPO DE VÍA (*): _____ DOMICILIO (*): _____

Nº (*): _____ BLOQUE: _____ ESCALERA: _____ PISO: _____ PUERTA: _____ CP: _____

MUNICIPIO (*): _____ PROVINCIA (*): _____

TELÉFONO/S DE CONTACTO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

2.- DATOS DE LA PERSONA QUE ACTÚA EN CALIDAD DE FIGURA DE APOYO:

RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE: Adjuntar documento acreditativo Otro (Especificar): _____

Indicar su condición Defensa judicial Curatela representativa Guarda de Hecho

1^{ER} APELLIDO: _____ 2^{ER} APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

NIF/NIE/PASAPORTE: _____

TELÉFONO/S DE CONTACTO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN: (Los campos marcados con (*) tienen carácter obligatorio) _____

TIPO DE VÍA (*): _____ DOMICILIO (*): _____

Nº (*): _____ BLOQUE: _____ ESCALERA: _____ PISO: _____ PUERTA: _____ CP: _____

MUNICIPIO (*): _____ PROVINCIA (*): _____

NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNAAL QUE
SOLICITA TRASLADO _____

NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNAAL QUE
ASISTE ACTUALMENTE _____

NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL AL QUE
SOLICITA TRASLADO _____

NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL AL QUE
ASISTE ACTUALMENTE _____

TRASLADO SOLICITADO POR LA PROPIA PERSONA SOLICITANTE O POR LA FIGURA DE APOYO.

Señalar motivo de la Solicitud de Traslado y adjuntar documento/s que lo justifique/n: _____

Razones de salud. Cercanía del recurso al domicilio familiar. Reagrupamiento de la unidad de convivencia.

No existir adecuación de las actividades ofertadas en el recurso.

Otras razones no contempladas en los apartados anteriores (Especificar): _____

FIRMA/S _____

PERSONA Solicitante:

FIRMA _____

PERSONA Figura de apoyo:

FECHA _____

FECHA _____

TRASLADO SOLICITADO POR EL PROPIO CENTRO/SERVICIO.

Señalar motivo de la Solicitud de Traslado y adjuntar informe/s que lo justifique/n (Informe Psicológico, Informe Médico, de Requerimientos Sanitarios, Informe Social, etc.):

Inadecuación del servicio a las necesidades actuales de la persona.

Empeoramiento del estado de salud.

Reagrupamiento de la unidad de convivencia.

Cercanía al domicilio familiar.

Otras razones no contempladas en los apartados anteriores (Especificar):

FIRMA/S

DIRECCIÓN del centro/servicio:

FECHA

Se le informa que el responsable del tratamiento es el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria de la Isla de Tenerife (IASS). Sus datos personales serán tratados con la finalidad de atender la solicitud de traslado e ingreso en un nuevo centro sociosanitario o de atención a personas mayores o para personas mayores en situación de dependencia. La base legítima del tratamiento es, con carácter principal, el ejercicio de poderes públicos conferidos conforme la normativa aplicable en esta materia. En atención a los fines descritos sus datos podrán ser comunicados a terceros que tengan implicación directa en el procedimiento. Asimismo, no están previstas transferencias internacionales de sus datos personales. Por último, se pone en su conocimiento que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación y supresión, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, pudiendo consultar la misma en <https://www.iass.es/> Del mismo modo se le informa que, de conformidad con el artículo 28.2 de la Ley 39/2015 tiene el derecho a no aportar a los procedimientos administrativos los documentos que obren en poder de la Administración, o que hubiesen sido elaborados por ésta, siendo la base de legitimación principal del tratamiento de sus datos personales el cumplimiento de una misión en interés público o, particularmente, el ejercicio de poderes públicos. En cualquier caso, se le reconoce,

asimismo, la posibilidad de oponerse a que el IASS consulte o recabe los citados documentos marcando la siguiente casilla . En caso de marcarla, deberá usted aportar los documentos necesariamente, si no lo hiciera, el IASS podría no estimar su solicitud.