



INSTITUTO INSULAR DE ATENCIÓN  
SOCIAL Y SOCIOSANITARIA

UNIDAD ORGANICA DE  
DISCAPACITADOS

# SOLICITUD DE ADMISIÓN PROGRAMA DE RESPIRO FAMILIAR

## DATOS DEL SOLICITANTE

<b>APELLIDOS Y NOMBRE:</b>	
<b>DNI:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>
<b>CALIFICACIÓN LEGAL DE MINUSVALÍA:</b>	

## DATOS REPRESENTANTE

<b>APELLIDOS Y NOMBRE:</b>	<b>DNI:</b>	
<b>RELACIÓN CON EL SOLICITANTE:</b>	<input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL <input type="checkbox"/> GUARDADOR DE HECHO	
<b>DOMICILIO:</b>		
<b>LOCALIDAD:</b>	<b>C.P:</b>	<b>TELEFONO:</b>

<b>FECHA SOLICITADA:</b>
--------------------------

Declaro, bajo mi responsabilidad, que todos y cada uno de los datos que figuran en esta solicitud son ciertos y soy consciente que la ocultación y/o falsedad de los datos aportados puede ser motivo suficiente para la cancelación de la misma.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma,



