



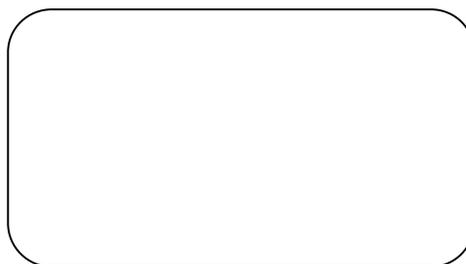
Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
 Dirección General de Mayores,
 Personas con Discapacidad y Dependientes

Nº Procedimiento

120004

Código SIACI

SH93



ANEXO I – SOLICITUD DE PLAZA PROGRAMA DE TERMALISMO DE CASTILLA – LA MANCHA 2013

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE			
NIF/NIE	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
DOMICILIO:		TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:
PROVINCIA:	MUNICIPIO:		COD. POSTAL:
SEXO:	FECHA DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:	PENSIÓN: (Señale con una X lo que proceda)
	Día Mes Año		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

DATOS DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE (en su caso)			
DNI:	Nombre	Primer Apellido	Segundo apellido
SEXO:	FECHA DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:	
	Día Mes Año		

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE			
NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>
		2º Apellido:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>		
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>
		Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>
		Correo electrónico:	<input type="text"/>
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>		

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Dirección General de Mayores, Personas con Discapacidad y Dependientes de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales con la finalidad de gestionar este expediente. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante esta Dirección General (Avda. de Francia nº 4. 45071 Toledo) o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es



Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Dirección General de Mayores,
Personas con Discapacidad y Dependientes

Datos de la solicitud

BALNEARIOS Y TURNOS SOLICITADOS POR ORDEN DE PREFERENCIA

(Señale el orden de preferencia del balneario y los turnos que desee)

Balneario	Nº orden de preferencia	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	PRECIO	Plazas ofertadas
BENITO												389 €	3.000
CERVANTES												389 €	730
LA CONCEPCION												389 €	1.175
LA ESPERANZA												365 €	360
FUENCALIENTE												315 €	500
LAS PALMERAS												315 €	200
TUS												365 €	700

NÚMERO DE PLAZAS

UNA PLAZA

(SÓLO PARA SOLICITANTE)

DOS PLAZAS

(PARA SOLICITANTE Y CÓNYUGE O PERSONA CON ANÁLOGA RELACIÓN DE CONVIVENCIA)

UNIÒN DE SOLICITUDES

Si desea unir su solicitud a la de otra persona, ambas solicitudes deben incluir los mismos balnearios y turnos en el mismo orden.

APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA CON LA QUE QUIERE UNIR SU SOLICITUD	NIF/NIE
--	---------

Acreditación del cumplimiento de los requisitos

Declaraciones responsables:

PERSONA SOLICITANTE

La persona abajo firmante, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:

Que estoy empadronado en Castilla – La Mancha (indicar “SI” o “NO”)

Que me valgo por mi mismo para las actividades de la vida diaria

Que presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en los establecimientos (indicar “SI” o “NO”)



**Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
 Dirección General de Mayores,
 Personas con Discapacidad y Dependientes**

Que padezco enfermedad infectocontagiosa (indicar "SI" o "NO")
 Si ha respondido afirmativamente, indicar la enfermedad

Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente.

PERSONA ACOMPAÑANTE

La persona abajo firmante, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:

Que estoy empadronado en Castilla – La Mancha(indicar "SI" o "NO")

Que me valgo por mi mismo para las actividades de la vida diaria

Que presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en los establecimientos (indicar "SI" o "NO")

Que padezco enfermedad infectocontagiosa (indicar "SI" o "NO")
 Si ha respondido afirmativamente, indicar la enfermedad

Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente.

Autorizaciones

SI NO AUTORIZA

a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los datos acreditativos de mi identidad, domicilio o residencia, información de índole tributaria y sobre afiliación a la Seguridad Social y datos o documentos emitidos o que se encuentren en poder de la Administración regional, en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.

La presente autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la presente solicitud, y en aplicación tanto de lo dispuesto en el artículo 95.1 k) de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, que permite, previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones, como por lo establecido en el Real Decreto 209/2003 de 21 de febrero en lo referente a la Seguridad Social y de conformidad con la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.

En..... a..... de.....de....

Firma

EL SOLICITANTE

LA PERSONA ACOMPAÑANTE (en su caso)

DIRECTOR GENERAL DE MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DEPENDIENTES