

SOLICITUD DE INGRESO

RESIDENCIA

CENTRO DE DÍA

DATOS PERSONALES				
SOLICITANTE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	SEXO
	ESTADO CIVIL	DNI	Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
	LUGAR DE NACIMIENTO	PROVINCIA	DIRECCIÓN ACTUAL	
	TELÉFONO	LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA
CÓNYUGE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI
	Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO (LOCALIDAD Y PROVINCIA)	

DATOS ECONÓMICOS				
PENSIONES	SOLICITANTE	CLASE DE PENSIÓN	PROCEDENCIA	CUANTÍA MENSUAL
	CÓNYUGE			
OTROS INGRESOS		ORIGEN O PROCEDENCIA		CUANTÍA

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad legal del solicitante)				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	E-MAIL

SOLICITUD DE INGRESO

PERSONA DE CONTACTO 1				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	E-MAIL

PERSONA DE CONTACTO 2				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	E-MAIL

PERSONA DE CONTACTO 3				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	E-MAIL

DATOS DE INGRESO (a cubrir por el/la trabajador/a social de la residencia)	
El/La solicitante ingresó a lashoras del día.....siendo inscrito/a en el libro de Registro con nº.....	
OBSERVACIONES: Especificar tipo de plaza y en el caso de centro de día jornada	
El responsable del ingreso	Firma
Lalín ade.....de.....	

DOCUMENTACIÓN A APORTAR	
<input type="checkbox"/> Solicitud de ingreso <input type="checkbox"/> Informe médico <input type="checkbox"/> Fotocopia DNI	<input type="checkbox"/> Fotocopia tarjeta sanitaria <input type="checkbox"/> Certificado de ingresos <input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento
<p>Declaro que son ciertos todos los datos que preceden y soy consciente de que la ocultación o falsedad de los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación de mi expediente o de mi expulsión de la Residencia, en el supuesto de que ya fuese admitido.</p> <p>Declaro que mediante la firma de este documento autorizo a la ASOCIACIÓN PARA LA PROTECCIÓN DE ANCIANOS DE LALÍN Y SU COMARCA con CIF: G36022762 y con domicilio social en Calle D, nº 17, CP. 36500, Lalín - Pontevedra a que puedan tratar los datos correspondientes a mi familiar/representado legado para poder usarlo con fines exclusivamente relacionados con la empresa.</p> <p>En cumplimiento con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos de la posibilidad de que ejerza los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal, en: info@apalc.es escribiendo en Asunto "derechos ARCO" o bien enviando una carta con copia del DNI a la siguiente dirección: Rúa D, 17 - 36500 - Lalín - Pontevedra</p> <p>.....a.....de.....de..... Firma</p>	