



DATOS PERSONALES											
NOMBRE Y APELLIDOS*											
DNI*					TELÉFONO*						
DIRECCIÓN: C/											
Nº		PISO		LETRA		C.P.					
POBLACIÓN				PROVINCIA							
VIVE SOLO*	SÍ	NO	VIVE CON								
FECHA DE NACIMIENTO*						EN				EDAD*	
ESTADO CIVIL						NOMBRE DEL CÓNYUGE					
OCUPACIÓN ANTES DE JUBILACIÓN											
HIJOS O FAMILIARES MÁS CERCANOS*											
NOMBRE Y APELLIDOS			PARENTESCO			DOMICILIO			TELÉFONO		
DATOS SANITARIOS											
TIPO ASISTENCIA SANITARIA		S.S.	ISFAS	MUFACE	OTRA						
Nº DE SEGURO					VÁLIDO			NO VÁLIDO			
ENFERMEDADES											
TRATAMIENTO ACTUAL											
SEGURO DECESO		NO	SÍ	COMPañÍA			NºPÓLIZA				
DATOS DE DEPENDENCIA											
SOLICITADA		NO	PENDIENTE		CON RESOLUCIÓN DE:		GRADO		PIA		
		SÍ	DENEGADA		SOLICITADA REVISIÓN:		GRADO		PIA		
MOTIVO DE LA SOLICITUD											
FECHA DE SOLICITUD Y FIRMA DEL SOLICITANTE*											
EN SU CASO, PERSONA RESPONSABLE*											
PARENTESCO					TELÉFONO						
DIRECCIÓN											

El coste de la plaza que abonará y su forma de pago se determinará con la Dirección (efectivo o transferencia bancaria).

* Datos obligatorios. A efectos de la Ley 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal, consiente expresamente el tratamiento de sus datos por la Residencia para la gestión de solicitudes de reserva de plaza dentro del centro, pudiendo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y/o oposición en el domicilio de la propia Residencia. En caso de facilitarnos datos de terceros, declara haber recabado su consentimiento previo.

