



# SOLICITUD

ANEXO I

## PROGRAMA DE RESPIRO FAMILIAR EN CENTRO RESIDENCIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

### DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO LOCALIDAD PROVINCIA	D.N.I.	Nº Seguridad Social
DOMICILIO (Calle o plaza, número, piso,...)			TELÉFONO
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	

### DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	D.N.I.
DOMICILIO (Calle o plaza, número, piso,...)			
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE
TELÉFONOS			TUTOR LEGAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**DECLARO** bajo mi responsabilidad que son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud, quedando enterado de la obligación de comunicar al IMAS cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo y

**AUTORIZO** al IMAS para solicitar de los Organismos Públicos cuantos certificados relativos a mi situación o a la de mi representado sean necesarios para tramitar la presente solicitud, así como para la recopilación de los mismos y su incorporación a ésta.

**ACEPTO** expresamente la aplicación de los precios públicos que venga determinada en cada momento por la legalidad vigente.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

El representante legal,

Fdo.: \_\_\_\_\_.

**INSTITUTO MURCIANO DE ACCION SOCIAL**