Imprimir | Restablecer | Salir

ANVERSO ANEXO 2

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

SOLICITUD

PROGRAMA DE TURISMO SOCIAL DE MAYORES DE ANDALUCÍA

1 DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE

APELLIDOS			NOMBRE
DNI/NIE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, ESCALERA Y PISO)			
LOCALIDAD		PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO	TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO FAMILIAR DIRECTO	
CORREO ELECTRÓNICO			

2 DATOS DEL/DE LOS ACOMPAÑANTE/S (Cónyuge, Pareja de hecho o Persona con discapacidad)

ACOMPAÑANTE 1	PARENTESCO/RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE		
APELLIDOS			NOMBRE
DNI/NIE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL
ACOMPAÑANTE 2	PARENTESCO/RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE		
APELLIDOS			NOMBRE
DNI/NIE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL
PERSONA CON DISCAPACIDAD ☐ NO ☐ SI	GRADO MINUSVALÍA	PROVINCIA DONDE SE OBTUVO	

3 DATOS DEL/DE LA CONYUGE O PAREJA DE HECHO TITULAR DE LA PENSIÓN Y QUE CUMPLA EL REQUISITO DE LA EDAD (Rellenar sólo en el caso de que la persona solicitante no sea titular de la pensión)

APELLIDOS Y NOMBRE		DNI/NIE
FECHA DE NACIMIENTO	CLASE DE PENSIÓN	CUANTÍA MENSUAL

4 DATOS ECONÓMICOS

	SOLICITANTE	ACOMPAÑANTE 1	ACOMPAÑANTE 2
CLASES DE PENSIONES (JUBILACIÓN, VIUDEDAD,ETC)			
CUANTÍAS MENSUALES			

5 TURNOS SOLICITADOS

TURNO	DESTINO	TURNO	DESTINO	TURNO	DESTINO	TURNO	DESTINO

6 CUMPLIMENTAR SOLO EN EL SUPUESTO DE QUE QUIERA UNIR SU SOLICITUD A LA DE OTRA PERSONA (En este caso deben pedir ambos solicitantes el/los mismo/s turno/s)

APELLIDOS Y NOMBRE	DNI/NIE

0014861

7 AUTORIZACIÓN, DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA,** bajo su expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y expresamente:

☐ **AUTORIZA** la comunicación de datos de carácter personal a Entidades Colaboradoras, para la gestión y desarrollo del Programa de Turismo Social de Mayores.

☐ **AUTORIZA** a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y/o Entidades Colaboradoras para la consulta de sus datos de identidad y empadronamiento, así como de todos aquellos que resulten necesarios a fin de ratificarlos declarados en esta solicitud.

Se **COMPROMETE** a abonar la cantidad estipulada por el concepto que se determine, en su caso .

Y **SOLICITA** participar en el Programa de Turismo Social de Personas Mayores de Andalucía.

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

EL/LA SOLICITANTE	EL/LA ACOMPAÑANTE 1(en su caso)	EL/LA ACOMPAÑANTE 2(en su caso)
Fdo:	Fdo:	Fdo: .....

La falsedad de los datos declarados para la acreditación de la circunstancias determinantes de los criterios de valoración, conllevará la exclusión de la solicitud, sin perjuicio de las responsabilidades de otro orden en que hubiera podido incurrir.

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE PERSONAS MAYORES

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad gestionar la solicitud del Programa de Turismo Social de Personas Mayores de Andalucía.De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Personas Mayores, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Avda Hytasa n°14, 41071-Sevilla.

DATOS MÉDICOS

INFORME MÉDICO DEL/DE LA SOLICITANTE

El/La Dr/a ..... Colegiado/a nº .....

CERTIFICA:

Que el/la paciente D./Dª .....

☐ SI se vale por sí mismo/a para viajar, caminar y demás actividades de la vida diaria, NO padece alteraciones psíquicas que puedan alterar la normal convivencia y NO padece enfermedad infecto-contagiosa.

☐ NO cumple con alguno/s de los requisitos anteriores
(indicar cuál/cuáles) .....

En caso de tener dieta alimenticia por prescripción facultativa indicar cuál .....

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

(Sello) EL/LA FACULTATIVO/A

Fdo.: .....

INFORME MÉDICO DEL/DE LA ACOMPAÑANTE 1

El/La Dr/a ..... Colegiado/a nº .....

CERTIFICA:

Que el/la paciente D./Dª .....

☐ SI se vale por sí mismo/a para viajar, caminar y demás actividades de la vida diaria, NO padece alteraciones psíquicas que puedan alterar la normal convivencia y NO padece enfermedad infecto-contagiosa.

☐ NO cumple con alguno/s de los requisitos anteriores
(indicar cuál/cuáles) .....

En caso de tener dieta alimenticia por prescripción facultativa indicar cuál .....

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

(Sello) EL/LA FACULTATIVO/A

Fdo.: .....

INFORME MÉDICO DEL/DE LA ACOMPAÑANTE 2

El/La Dr/a ..... Colegiado/a nº .....

CERTIFICA:

Que el/la paciente D./Dª .....

☐ SI se vale por sí mismo/a para viajar, caminar y demás actividades de la vida diaria, NO padece alteraciones psíquicas que puedan alterar la normal convivencia y NO padece enfermedad infecto-contagiosa.

☐ NO cumple con alguno/s de los requisitos anteriores
(indicar cuál/cuáles) .....

En caso de tener dieta alimenticia por prescripción facultativa indicar cuál .....

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

(Sello) EL/LA FACULTATIVO/A

Fdo.: .....

001486/1