**DATOS PERSONA SOLICITANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Apellidos:** |  |
| **Dni:** |  |
| **Grado Dependencia:****(marcar una X)** | **Sin grado / No Valorada** |  | **Grado 1** |  | **Grado 2** |  | **Grado 3** |  |
| **Domicilio y Localidad:** |  |
| **Teléfono Contacto Personal:** |  |
| **Datos Familiares o personas de contacto en caso de urgencia (indicar dirección y teléfono):** |  |
| **Circunstancias personales que motivan acogerse a la Campaña u otras observaciones:** |  |

**Solicita acogerse a la Campaña en la Residencia/s:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Localidad Residencia** | **Nombre Residencia** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Período que solicita:**

|  |
| --- |
|  |

**Régimen que solicita (Marcar una X):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Estancia en el Día sin pernoctación** |  | **Pernoctación y Día** |  |

**Todos los campos indicados son obligatorios. En caso de recepción de solicitudes sin estar TODOS los campos cumplimentados según se solicita, firmado y/o sin adjuntar Fotocopia del DNI, tarjeta sanitaria, así como informe de medicación actualizado con indicación de alérgenos e intolerancias o ficha que lo acredite, la solicitud podrá ser desestimada.**

**Fecha máxima de recepción de solicitudes para ingresos anteriores a Nochebuena: Día 21 de diciembre a las 12:00 horas del mediodía. Toda solicitud que llegue posteriormente se tramitará pasado el día de Navidad.**

**La persona abajo firmante se compromete a llevar tanto sus enseres personales como su medicación en el caso que necesitara.**

**Firma Usuario**

**En ……………., a ….. de ……………….2023**