



Concello de FRADES

Cimadevila, 10

15686 – FRADES (A Coruña)

Telefs: 981 – 695567 y 69 56 63 Fax: 981-695579

E-mail: correo@frades.gal

SOLICITUDE SERVIZO “HIXIENE POSTURAL”

<u>DATOS DO SOLICITANTE</u>				
Apelidos:		Nome:		
DNI:		Teléfonos:	Fixo:	
Enderezo:			Móbil:	
Data Nacemento:		Grado Dependencia:		
		Discapacidade:		

<u>DATOS DO REPRESENTANTE OU GARDADOR DE FEITO</u>				
Apelidos:		Nome:		
DNI:		Teléfonos:	Fixo:	
Enderezo:			Móbil:	

<u>DATOS DA UNIDADE FAMILIAR</u>				
Nome e Apelidos	DNI	Data Nacemento	Parentesco	Ingresos anuais

DECLARO BAIXO XURAMENTO:

- **Que a persoa solicitante é un enfermo encamado e dependente.**
- Que todos os datos facilitados son certos e completos, e que autorizo ó Concello de Frades para que realice as consultas necesarias de ficheiros públicos para os efectos de comprobar a veracidade dos datos declarados.
- Que non teño cubertos estes servizos por ningunha outra entidade.
- Que me comprometo a informar ó Concello de calquera variación nos datos declarados.
- Que acepto a supervisión do programa por parte dos Servizos Sociais.

Frades, de de 201

SINATURA DO SOLICITANTE OU REPRESENTANTE LEGAL

Asdo: