


	GENERALITAT VALENCIANA	PROGRAMA DE TERMALISME VALENCIÀ PROGRAMA DE TERMALISMO VALENCIANO	
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Matrimoni/parella de fet <input type="checkbox"/> Discapacitat/ada amb acompanyant Matrimonio/pareja de hecho Discapacitado/a con acompañante		CODI EXPEDIENT / CÓDIGO EXPEDIENTE	
A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE			
DNI/NIF	COGNOMS/APELLIDOS	NOM/NOMBRE	
DATA NAIXEM./FECHA NACIM.	ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		
CP	TELÈFON/ TELEFÓNO	LOCALITAT / LOCALIDAD	
BALENARIS PREFERENTS / BALNEARIOS PREFERENTES			
1 _____	2 _____	3 _____	
MESOS PREFERENTS/MESES PREFERENTES			
1 _____	2 _____		
B DADES DEL CÒNJUGE/PARELLA (només en el cas que sol·licite plaça) DATOS DEL CÓNYUGE/PAREJA (sólo en el caso de que solicite plaza)			
DNI/NIF	COGNOMS/APELLIDOS	NOM/NOMBRE	DATA NAIXEM./FECHA NACIM.
C DADES DE L'ACOMPANYANT (en el cas de persones amb discapacitat igual o superior al 65%) DATOS DEL ACOMPAÑANTE (en el caso de personas con discapacidad igual o superior al 65%)			
DNI/NIF	COGNOMS/APELLIDOS	NOM/NOMBRE	DATA NAIXEM./FECHA NACIM.
D EMPLENEU SI VOL UNIR LA SEUA SOL·LICITUD A LA D'UNA ALTRA PERSONA CUMPLIMENTAR SI QUIERE UNIR SU SOLICITUD A LA DE OTRA PERSONA			
DNI/NIF	COGNOMS/APELLIDOS	NOM/NOMBRE	
E EN CAS DE NECESSITAT, AVISAR A / EN CASO DE NECESIDAD, AVISAR A			
COGNOMS/APELLIDOS		NOM/NOMBRE	TELÈFON / TELEFÓNO
F DADES ECONÒMIQUES / DATOS ECÓNOMICOS			
SOL·LICITANT / SOLICITANTE:		CÒNJUGE/PARELLA / CÓNYUGE/PAREJA:	
_____ euros (escriga el total de la seua pensió o pensions mensuals / escriba el total de su pensión o pensiones mensuales)		_____ euros (escriga el total de la seua pensió o pensions mensuals / escriba el total de su pensión o pensiones mensuales)	
G AUTORITZACIÓ D'ACCÉS A DADES PERSONALS A OMLIR PEL SOL·LICITANT AUTORIZACIÓN DE ACCESO A DATOS PERSONALES A RELLENAR POR EL SOLICITANTE			
De conformitat amb allò disposat en l'article 6 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, AUTORITZE expresament la Conselleria de Benestar Social perquè puga accedir a les meues dades personals que hi ha als fitxers de les Administracions Tributàries i de la Seguretat Social, als únics efectes de verificació del compliment dels requisits i condicions necessàries per a participar en esta convocatòria i a la comunicació, als Establiments Termals, de la identitat, adreça i telèfon dels interessats per a fins relacionats amb el programa.			
Conforme a lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, AUTORIZO expresamente a la Conselleria de Bienestar Social para que pueda acceder a mis datos personales obrantes en los ficheros de las Administraciones Tributarias y de la Seguridad Social, a los únicos efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones necesarios para participar en la presente convocatoria y a la comunicación, a los Establecimientos Termales, de la identidad, dirección y teléfono de los interesados para fines relacionados con el programa.			
SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
_____, ____ d _____ de _____ (La persona sol·licitant / La persona solicitante)			
Firma: _____			REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA
<small>Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE NÚM. 298, de 14/12/99). Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de su competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99)</small>			

 GENERALITAT VALENCIANA		PROGRAMA DE TERMALISME VALENCIÀ PROGRAMA DE TERMALISMO VALENCIANO	
SOL·LICITANT SOLICITANTE		CÒNJUGE O ACOMPANYANT CÓNYUGE O ACOMPAÑANTE	
<p style="text-align: center;">Grapar ací / Grapar aquí</p> <p style="text-align: center;">FOTOCÒPIA DEL DOCUMENT D'IDENTITAT (AMBDUES CARES) / FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE INDENTIDAD (AMBAS CARAS)</p>		<p style="text-align: center;">Grapar ací / Grapar aquí</p> <p style="text-align: center;">FOTOCÒPIA DEL DOCUMENT D'IDENTITAT (AMBDUES CARES) / FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE INDENTIDAD (AMBAS CARAS)</p>	
INFORME MÈDIC / INFORME MÉDICO			
DADES DEL/DE LA DOCTOR/A / DATOS DEL/DE LA DOCTOR/A			
COGNOMS/APELLIDOS		COGNOMS/APELLIDOS	
NOM/NOMBRE		NOM/NOMBRE	
COL·LEGIAT/A NÚM./COLEGIADO/A Nº		COL·LEGIAT/A NÚM./COLEGIADO/A Nº	
DIAGNÒSTIC / DIAGNÓSTICO			
DESCRIPCIÓ / DESCRIPCIÓN		DESCRIPCIÓ / DESCRIPCIÓN	
HI HA CAP TIPUS DE CONTRAINDICACIÓ PER A REBRE EL TRACTAMENT TERMAL? ¿EXISTE ALGÚN TIPO DE CONTRAINDICACIÓN PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO TERMAL?			
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Especifiqueu: <i>Especificar:</i>		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Especifiqueu: <i>Especificar:</i>	
1. Es val per si mateix/a per a les activitats de la vida diària <i>Se vale por si mismo/a para las actividades de la vida diaria</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 2. Utilitza cadira de rodes per a desplaçar-se <i>Utiliza silla de ruedas para desplazarse</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 3. Presenta trastorns de comportament que puguen produir alteracions en la convivència d'un centre residencial col·lectiu <i>Presenta trastornos de comportamiento que puedan producir alteraciones en la convivencia de un centro residencial colectivo</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		1. Es val per si mateix/a per a les activitats de la vida diària <i>Se vale por si mismo/a para las actividades de la vida diaria</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 2. Utilitza cadira de rodes per a desplaçar-se <i>Utiliza silla de ruedas para desplazarse</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 3. Presenta trastorns de comportament que puguen produir alteracions en la convivència d'un centre residencial col·lectiu <i>Presenta trastornos de comportamiento que puedan producir alteraciones en la convivencia de una centro residencial colectivo</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
OBSERVACIONS D'INTERÉS / OBSERVACIONES DE INTERÉS			
....., d de Segell / Sello Firma:, d de Segell / Sello Firma:	

