**ANEXO I**

***Servicios Sociales***

|  |
| --- |
| **SOLICITUD BAJA AYUDAS TÉCNICAS** |

**DATOS DEL SOLICITANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Nombre** | **DNI/Pasaporte** |
|  |  |  |  |
| **Domicilio (Calle/Plaza) Nº** | **Localidad** | **Provincia** | **Tfno.** |
|  |  |  |  |

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL/GUARDADOR DE HECHO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Nombre** | **DNI/Pasaporte** |
|  |  |  |  |
| **Domicilio (Calle/Plaza) Nº** |  **Localidad** |  **Provincia** |  |
|  |  |  |  |

***PRESTACIÓN:***

* CAMA ARTICULADA
* SILLA RUEDAS
* GRUA
* ANDADOR
* MULETAS
* COLCHÓN ANTIESCARAS

 **DOMICILIACION BANCARIA**

CÓDIGO CUENTA CLIENTE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN | ENTIDAD | SUCURSAL | D.C. | NÚMERO DE CUENTA |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre de la Entidad Bancaria | Domicilio |

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

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

SR./A PRESIDENTE/A COMARCA COMUNIDAD DE CALATAYUD.