



--

SOLICITUD DE AMPLIACIÓN PRESTACIÓN DE AYUDA TÉCNICA

DATOS TITULAR BENEFICIARIO.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	DNI/Pasaporte
Domicilio(Calle/Plaza)	Nº	Bloq.	Esc.
Piso	Código Postal		
Localidad	Provincia	Teléfono	Fecha de Nacimiento
Estado Civil			

PRESTACIÓN:

- ☐ CAMA ARTICULADA
- ☐ SILLA RUEDAS
- ☐ GRUA
- ☐ ANDADOR
- ☐ MULETAS
- ☐ COLCHÓN ANTIESCARAS

Fecha
Firma:

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

De conformidad con lo dispuesto por la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal, consiento que los datos incluidos en el presente formulario y aquellos que comunique en el futuro a la Comarca Comunidad de Calatayud, sean incorporados a un fichero de responsabilidad de la misma y que sean tratados con la finalidad de gestionar el servicio solicitado.

Propuesta Trabajador/a Social	
-------------------------------	--