

**SOLICITUD DE TRASLADO DE CENTROS DE ATENCIÓN A DISCAPACITADOS**

CENTRO	DIRECCIÓN PROVINCIAL	DIRECCIÓN GERENCIA
Fecha:	Fecha:	Fecha:
		Expediente

Centro de origen:	Fecha de ingreso en el centro:
-------------------	--------------------------------

**I. Datos del Solicitante**

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		
Sexo: M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Estado Civil	N.º D.N.I.	Asistencia Sanitaria: Seguridad Social <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>			
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		Provincia			
Domicilio		N.º	Piso	Puerta	Escalera	Teléfono
Localidad		Código Postal		Provincia		
Tipo de minusvalía:						
Prestaciones que percibe: PNC.....PF.....LISMI.....Orfandad.....Otras (especificar).....						

**II. Datos del representante**

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		
N.º D.N.I.		Relación con el solicitante				
Domicilio		N.º	Piso	Puerta	Escalera	Teléfono
Localidad		Código Postal		Provincia		

**III. Centro/s solicitado/s**

N.º de plazas	Relacionar según preferencia:			
Motivos de la solicitud:				

En ....., a ..... de ..... de 200.....

Firma del solicitante..... Firma del representante legal.....

**Sr./Sra. Director/a Provincial del Instituto Aragonés de Servicios Sociales**

A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO DE ATENCIÓN

Informe médico

Informe emitido por .....

Colegiado n.º ..... de .....

Que presta sus servicios en el Centro: ..... Teléfono .....

Firma .....

En ....., a..... de ..... de 200 ....

Informe social

Informe emitido por .....

Colegiado n.º ..... de .....

Que presta sus servicios en el Centro: ..... Teléfono .....

Firma .....

En ....., a..... de ..... de 200 ....

A CUMPLIMENTAR POR DIRECCIÓN GERENCIA

VALORACIÓN:

Puntos:

Firma .....

En ....., a..... de ..... de 200 ....