

(Sistema Aragonés de Atención a la Dependencia)

Identificador de Registro

Espacio para validación mecánica

**1. DATOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	DNI / NIE
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera)			Código Postal
Localidad	Provincia	Nº expediente AGE-SAAD ..... DGAT.....	

**2. INFORME MÉDICO**

Referido a (indicar lo que proceda)  Persona en situación de dependencia  Su cuidador

NOTA IMPORTANTE: En el supuesto de emitir este informe con motivo de una SOLICITUD DE ESTANCIA TEMPORAL en Centro Residencial, que puede darse tanto por "Empeoramiento de la persona dependiente" como por "Situación sobrevenida y temporal de su cuidador", indicar el periodo estimado de recuperación, teniendo en cuenta que dicha estancia tendrá una duración máxima de sesenta días.

**3. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

Informe emitido por Don/Doña ..... Colegiado nº.....CIASS del Centro..... En ....., a ..... de ..... de 20..... (firma)	(Sello del Centro)
--	--------------------