

Nº Expediente

AGE-SAAD

DGAT

SOLICITUD

Identificador de Registro

Espacio para validación mecánica

I. Datos del Solicitante

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
NIF / NIE	Fecha nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		

II Datos personales del Acompañante (si lo hubiera)

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
NIF / NIE	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre			Fecha de nacimiento	
Lugar de nacimiento Localidad				Provincia Relación con el solicitante	

III. Datos del Representante Legal

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
NIF / NIE	Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)				
Localidad		Provincia		País	Código postal
Teléfono 1		Teléfono 2		Correo electrónico	

IV. Centro de origen

Centro de origen	Fecha de Ingreso
------------------	------------------

V. Localidades y Centros solicitados

Localidad	Centro

VII. Motivo de la solicitud

- El reagrupamiento en el mismo Centro de miembros de la unidad familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad.
- En el caso de Centros Residenciales por una mayor proximidad geográfica del Centro al lugar de residencia originaria del solicitante o al lugar de residencia de sus familiares hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad.
- En el caso de Centros de Día, por un mayor acercamiento del Centro al domicilio del usuario y/o por graves motivos socio-familiares, debidamente justificados.

....., a de de 20....

(firma)