



SOLICITUDE DE PRAZA PROGRAMA TERAPÉUTICO BALNEARIO DÁVILA

1. DATOS DO/A SOLICITANTE

| | | | |
|----------------|--|---------------------------------------|--------|
| Nome/Apelidos: | | DNI: | |
| Enderezo: | | Localidade: Caldas de Reis | Telf.: |
| Pensionista: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON | Balneario: Balneario Dávila | |

2. DATOS DO/A ACOMPAÑANTE

| | | | |
|----------------|--|---------------------------------------|--------|
| Nome/Apelidos: | | DNI: | |
| Enderezo: | | Localidade: Caldas de Reis | Telf.: |
| Pensionista: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON | Balneario: Balneario Dávila | |

3. DECLARACIÓN

- Que son certos cantos datos anteceden.
- Que solicito/amos a participación neste programa e declaro/amos:
 - a) O compromiso de aceptar a quenda que me sexa adjudicada salvo que por causas de forza maior deba renunciar á praza.
 - b) O compromiso de aboar a cantidade establecida ó comezo da quenda correspondente.

Caldas de Reis, de de 2010

Sinatura do solicitante,

Sinatura do acompañante,

4. DECLARACIÓN RESPONSABLE DO/A SOLICITANTE

D./D^a: declaro responsablemente que

| | SOLICITANTE | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Me valgo por min mesmo para as actividades da vida diaria | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NON |
| Padezo alteracións de comportamento que impiden a convivencia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NON |
| Padezo enfermidades infecto-contaxiosas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NON |
| Presenta unha patoloxía incompatible co programa | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NON |
| <i>Data e sinatura</i> | | |

5. DECLARACIÓN RESPONSABLE DO/A ACOMPAÑANTE

D./D^a: declaro responsablemente que

| | ACOMPAÑANTE | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Me valgo por min mesmo para as actividades da vida diaria | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NON |
| Padezo alteracións de comportamento que impiden a convivencia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NON |
| Padezo enfermidades infecto-contaxiosas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NON |
| Presento unha patoloxía incompatible co programa | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NON |
| <i>Data e sinatura</i> | | |