



AYUNTAMIENTO DE
CABANILLAS DEL CAMPO

SS-06

Registro de entrada

SOLICITUD DEL SERVICIO DE APOYO PSICOLÓGICO (SAP)

Solicitante	Apellidos						
	Nombre				NIF/NIE		
Representación <small>(Requiere acreditación)</small>	Apellidos						
	Nombre				NIF/NIE		
Domicilio de notificación	Dirección						
	Nº / Km	Bloque	Escalera	Planta	Puerta		
	Municipio						
	Provincia				Código postal		
Medio de notificación	<input type="checkbox"/> Notificación postal			<input type="checkbox"/> Notificación electrónica			
Datos de contacto	Teléfono 1			Teléfono 2			
	Teléfono 3						
	Correo electrónico						
Otros datos personales	Estado civil			Sexo			
	Nº miembros unidad familiar						
	Grado discapacidad <small>(en su caso)</small>						
	Dependencia	<input type="checkbox"/> Solicitado		<input type="checkbox"/> Reconocido		Grado	
		<input type="checkbox"/> Única persona cuidadora		<input type="checkbox"/> Más de persona cuidadora			
	Fecha de nacimiento			Lugar de nacimiento			
	Nacionalidad						
Situación laboral							
Datos de la persona en situación de dependencia	Apellidos						
	Nombre				NIF/NIE		
	Estado civil			Sexo			
	Nº miembros unidad familiar						
	Grado discapacidad <small>(en su caso)</small>						
	Dependencia	<input type="checkbox"/> Solicitado		<input type="checkbox"/> Reconocido		Grado	
		<input type="checkbox"/> Única persona cuidadora		<input type="checkbox"/> Más de persona cuidadora			
	Fecha de nacimiento			Lugar de nacimiento			
Nacionalidad							
Situación laboral							

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS: Se me ha informado que esta entidad va a tratar y guardar los datos de carácter personal aportados en este formulario y documentación que la acompaña. Los mismos serán tratados de forma confidencial y quedarán incorporados a la correspondiente actividad de tratamiento titularidad del Ayuntamiento de Cabanillas del Campo. - FINALIDAD: Tramitar la solicitud formulada. - LEGITIMACIÓN: Por interés legítimo y por cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento, así como cuando la finalidad del tratamiento requiera su consentimiento, que habrá de ser prestado mediante una clara acción afirmativa. - PERSONAS DESTINATARIAS: Se podrían, si procede, ceder datos a otras Administraciones Públicas por estar relacionadas con su solicitud. - DERECHOS: Podrá ejercer sus derechos ante el Ayuntamiento de Cabanillas del Campo en la Plaza del Pueblo, 1, 19171, Cabanillas del Campo (Guadalajara). Puede consultar la política de privacidad en el siguiente enlace: <https://cabanillasdelcampo.sedelectronica.es/privacy>

Presto mi consentimiento para que los datos aportados en la instancia y documentación que la acompaña puedan ser utilizados para el envío de otras informaciones de interés general, o para informaciones que pudieran interesarme o afectarme.

Recursos de apoyo concedidos a la persona en situación de dependencia	<input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio	<input type="checkbox"/> Teleasistencia
	<input type="checkbox"/> Estancias Diurnas	<input type="checkbox"/> Centro de Día
	Otros	

Otra información de interés	<input type="checkbox"/> ¿Desea aportar alguna información relevante de la persona en situación de dependencia?	
	En su caso, indique cuál	
	<input type="checkbox"/> ¿Padece alergia u otras afecciones reconocidas?	
	En su caso, indique cuál	

Documentación a aportar	<input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI
	<input type="checkbox"/> Permiso de residencia

En		a		de		de	
----	--	---	--	----	--	----	--

Firma: