

Fecha de Solicitud			Tipo de Plaza solicitada:		<input type="checkbox"/> RESIDENCIA	<input type="checkbox"/> VIVIENDA TUTELADA		
Día	Mes	Año						
			Tipo de Estancia:		<input type="checkbox"/> Larga	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Corta	<input type="checkbox"/> Respiro familiar

Datos de la persona para la que se solicita la plaza

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		Documento: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/otro		
						Nº:		
Fecha de nacimiento		Sexo:		Nacionalidad/es		Estado civil		
Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre				<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	
Domicilio habitual (Calle/Plaza)				Nº	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
Código postal		Localidad		Provincia		Tfno.1		Tfno.2

Centro / Entidad desde la que se solicita la plaza

Nombre del Centro / Entidad		
Persona de contacto: Nombre y apellidos	Cargo	
Tel.	Fax	E mail

Familiar, tutor legal o persona de contacto próxima:

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		Relación		
Domicilio (Calle/Plaza)				Nº	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
Código postal		Localidad		Provincia		Tfno.1		Tfno.2

Documentación que debe adjuntarse:

Uso administrativo

1. Informe Social ²	<input type="checkbox"/>
2. Fotocopia de Informes médicos de atención especializada adjuntando patología psiquiátrica si la hubiera ²	<input type="checkbox"/>
3. Fotocopia de la tarjeta sanitaria	<input type="checkbox"/>
4. Fotocopia del Documento Nacional de Identidad / pasaporte / otro	<input type="checkbox"/>
5. Fotocopia del Certificado de Discapacidad y/o valoración de la dependencia (si procede)	<input type="checkbox"/>
6. Fotocopia de Resolución Judicial de incapacidad legal y designación de tutor o justificante de iniciación del proceso de incapacidad (si procede)	<input type="checkbox"/>

Firma del solicitante o tutor legal

--

¹ La solicitud, con su documentación anexa, se enviará en sobre cerrado al Servicio Provincial del Departamento de Sanidad correspondiente. También se podrá enviar por e-mail a la dirección que se facilitará por teléfono.

² Documentación mínima que debe adjuntarse a la solicitud.

Servicio Provincial de Huesca del Departamento de Sanidad.
Sec. de Vigilancia Epidemiológica y Promoción de la Salud
Avenida del Parque, 30,
22003 Huesca
Tel: 974 293229

Servicio Provincial de Teruel del Departamento de Sanidad
Sec. de Vigilancia Epidemiológica y Promoción de la Salud.
C/ 3 de abril 1.
44071 Teruel
Tel: 978 641157

Servicio Provincial de Zaragoza del Departamento de Sanidad
Sección de Programas de Salud
C/ Ramón y Cajal, 68.
50004 Zaragoza
Tel: 976 715000