

## SOLICITUD SERVICIO REFUERZO FAMILIAR

Nº Expediente.....

### DATOS DEL SOLICITANTE

<b>NOMBRE</b>		<b>PRIMER APELLIDO</b>	<b>SEGUNDO APELLIDO</b>
<b>D.N.I./NIE</b>		<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>
<b>NACIONALIDAD</b>		<b>DOMICILIO</b>	<b>LOCALIDAD</b>
<b>C.P.</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>E-MAIL</b>

### DATOS DEL REPRESENTANTE

(En caso de menores o incapaces).

<b>NOMBRE</b>	<b>PRIMER APELLIDO</b>	<b>SEGUNDO APELLIDO</b>
<b>D.N.I./NIE</b>	<b>TELEFONO</b>	<b>E-MAIL</b>

### UNIDAD FAMILIAR Y/O CUIDADOR PRINCIPAL

Nombre	1º Apellido	2º Apellido	Parentesco	DNI.	Fecha Nacim.

## SOLICITUD SERVICIO REFUERZO FAMILIAR

**SOLICITA el Servicio de Refuerzo Familiar, con las siguientes características**

---

---

---

**Declaro bajo mi responsabilidad que:**

- *Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, comprometiéndome en caso necesario a probar documentalmente los mismos; a efectos de comprobación de los datos que se indican, autorizo a efectuar en ficheros públicos incluidos los existentes en la Agencia Tributaria.*
- *De acuerdo con lo establecido en la LO 15/1999, de Protección de Datos Personales, le informamos que los datos aquí facilitados formarán parte del fichero de Gestión Comarcal titularidad de la Comarca del Alto Gállego con la única finalidad es gestionar los Servicios Sociales ofertados por la Comarca. Así pues, mediante la firma del presente documento autoriza expresamente a la Comarca del Alto Gállego a la recogida y tratamiento de sus datos, incluidos aquellos que según normativa vigente se consideren especialmente protegidos, con la finalidad anteriormente citada.*
- *Por otro lado, se le informa de la posibilidad de comunicar sus datos a otras entidades que sea necesario para la tramitación del servicio solicitado.*
- *Finalmente, les informamos de la posibilidad que tienen de ejercitar sus derechos de acceso, cancelación, oposición o rectificación en cualquier momento, dirigiéndose a la Comarca Alto Gállego, C/ Secorún s/n, 22600 Sabiñánigo.:*

En....., a.....de.....de.....

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**SR. PRESIDENTE COMARCA ALTO GÁLLEGO**

