GENERALITAT VALENCIANA

# PROGRAMA DE TERMALISME VALENCIÀ

# *PROGRAMA DE TERMALISMO VALENCIANO*

☐ Individual ☐ Matrimoni/parella de fet *Matrimonio/pareja de hecho* ☐ Discapacitat/ada amb acompanyant *Discapacitado/a con acompañante*

CODI EXPEDIENT / *CÓDIGO EXPEDIENTE*

## A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / *DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE*

| DNI / NIF | COGNOMS / *APELLIDOS* | NOM / *NOMBRE* |
|---|---|---|
| DATA NAIXEM. / *FECHA NACIM.* | ADREÇA (CARRER/PLAÇA, INÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)* | |
| CP | TELÈFON / *TELÉFONO* | LOCALITAT / *LOCALIDAD* |

BALNEARIS PREFERENTS / *BALNEARIOS PREFERENTES*

1 _____ 2 _____ 3 _____

MESOS PREFERENTS / *MESES PREFERENTES*

1 _____ 2 _____

## B DADES DEL CÒNJUGE / PARELLA (només en el cas que sol·licite plaça)
## *DATOS DEL CÓNYUGE / PAREJA (sólo en el caso de que solicite plaza)*

| DNI / NIF | COGNOMS / *APELLIDOS* | NOM / *NOMBRE* | DATA NAIXEM. / *FECHA NACIM.* |
|---|---|---|---|

## C DADES DE LA PERSONA ACOMPANYANT (en el cas de persones amb discapacitat igual o superior al 65%)
## *DATOS DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE (en el caso de personas con discapacidad igual o superior al 65%)*

| DNI / NIF | COGNOMS / *APELLIDOS* | NOM / *NOMBRE* | DATA NAIXEM. / *FECHA NACIM.* |
|---|---|---|---|

## D EMPLENEU SI VOL UNIR LA SEUA SOL·LICITUD A LA D'UNA ALTRA PERSONA
## *CUMPLIMENTAR SI QUIERE UNIR SU SOLICITUD A LA DE OTRA PERSONA*

| DNI / NIF | COGNOMS / *APELLIDOS* | NOM / *NOMBRE* |
|---|---|---|

## E EN CAS DE NECESSITAT, AVISAR A / *EN CASO DE NECESIDAD, AVISAR A*

| COGNOMS / *APELLIDOS* | NOM / *NOMBRE* | TELÈFON / *TELÉFONO* |
|---|---|---|

## G AUTORITZACIÓ D'ACCÉS A DADES PERSONALS A OMPLIR PEL SOL·LICITANT
## *AUTORIZACIÓN DE ACCESO A DATOS PERSONALES A RELLENAR POR EL SOLICITANTE*

De conformitat amb allò disposat en l'article 6 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal i la resta de normativa aplicable, AUTORITZE expresament la Conselleria de Benestar Social perquè puga accedir a les meues dades personals que hi ha als fitxers del Sistema de Verificació de Dades de Identitat, del Sistema de Verificació de Dades de Residencia i de l'INSS, als únics efectes de verificació del compliment dels requisits i condicions necessàries per a participar en esta convocatòria, així com per que puga comunicar als establiments termals les dades d'identitat, adreça i telèfon dels interessats per a fins relacionats amb l'execució del programa.

*Conforme a lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa aplicable, AUTORIZO expresamente a la Conselleria de Bienestar Social para que pueda acceder a mis datos personales obrantes en los ficheros del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, del Sistema de Verificación de Datos de Residencia y del INSS, a los únicos efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones necesarios para participar en la presente convocatoria, así como para que pueda comunicar a los establecimientos termales los datos de identidad, dirección y teléfono de los interesados para fines relacionados con la ejecución del programa.*

SÍ ☐ NO ☐

_____ , _____ d _____ de _____

(La persona sol·licitant / *La persona solicitante*) (La persona cónjuge o parella / *La persona cónyuge o pareja*)

REGISTRE D'ENTRADA
*REGISTRO DE ENTRADA*

Firma: _____ Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

*Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asímismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).*

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
*FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE*

(1/2) EXEMPLAR PER A LA DIRECCIÓ GENERAL DE SERVICIS SOCIALS / *EJEMPLAR PARA LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES*

CJAAPP - IAC

DIN - A4

IA - 22033 - 01 - E

GENERALITAT VALENCIANA

# PROGRAMA DE TERMALISME VALENCIÀ

# *PROGRAMA DE TERMALISMO VALENCIANO*

☐ Individual ☐ Matrimoni/parella de fet *Matrimonio/pareja de hecho* ☐ Discapacitat/ada amb acompanyant *Discapacitado/a con acompañante*

CODI EXPEDIENT / *CÓDIGO EXPEDIENTE*

## A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / *DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE*

| DNI / NIF | COGNOMS / *APELLIDOS* | NOM / *NOMBRE* |
|---|---|---|
| DATA NAIXEM. / *FECHA NACIM.* | ADREÇA (CARRER/PLAÇA, INÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)* | |
| CP | TELÈFON / *TELÉFONO* | LOCALITAT / *LOCALIDAD* |

BALNEARIS PREFERENTS / *BALNEARIOS PREFERENTES*

1 _____ 2 _____ 3 _____

MESOS PREFERENTS / *MESES PREFERENTES*

1 _____ 2 _____

## B DADES DEL CÒNJUGE / PARELLA (només en el cas que sol·licite plaça)
## *DATOS DEL CÓNYUGE / PAREJA (sólo en el caso de que solicite plaza)*

| DNI / NIF | COGNOMS / *APELLIDOS* | NOM / *NOMBRE* | DATA NAIXEM. / *FECHA NACIM.* |
|---|---|---|---|

## C DADES DE LA PERSONA ACOMPANYANT (en el cas de persones amb discapacitat igual o superior al 65%)
## *DATOS DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE (en el caso de personas con discapacidad igual o superior al 65%)*

| DNI / NIF | COGNOMS / *APELLIDOS* | NOM / *NOMBRE* | DATA NAIXEM. / *FECHA NACIM.* |
|---|---|---|---|

## D EMPLENEU SI VOL UNIR LA SEUA SOL·LICITUD A LA D'UNA ALTRA PERSONA
## *CUMPLIMENTAR SI QUIERE UNIR SU SOLICITUD A LA DE OTRA PERSONA*

| DNI / NIF | COGNOMS / *APELLIDOS* | NOM / *NOMBRE* |
|---|---|---|

## E EN CAS DE NECESSITAT, AVISAR A / *EN CASO DE NECESIDAD, AVISAR A*

| COGNOMS / *APELLIDOS* | NOM / *NOMBRE* | TELÈFON / *TELÉFONO* |
|---|---|---|

## G AUTORITZACIÓ D'ACCÉS A DADES PERSONALS A OMPLIR PEL SOL·LICITANT
## *AUTORIZACIÓN DE ACCESO A DATOS PERSONALES A RELLENAR POR EL SOLICITANTE*

De conformitat amb allò disposat en l'article 6 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal i la resta de normativa aplicable, AUTORITZE expresament la Conselleria de Benestar Social perquè puga accedir a les meues dades personals que hi ha als fitxers del Sistema de Verificació de Dades de Identitat, del Sistema de Verificació de Dades de Residencia i de l'INSS, als únics efectes de verificació del compliment dels requisits i condicions necessàries per a participar en esta convocatòria, així com per que puga comunicar als establiments termals les dades d'identitat, adreça i telèfon dels interessats per a fins relacionats amb l'execució del programa.

*Conforme a lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa aplicable, AUTORIZO expresamente a la Conselleria de Bienestar Social para que pueda acceder a mis datos personales obrantes en los ficheros del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, del Sistema de Verificación de Datos de Residencia y del INSS, a los únicos efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones necesarios para participar en la presente convocatoria, así como para que pueda comunicar a los establecimientos termales los datos de identidad, dirección y teléfono de los interesados para fines relacionados con la ejecución del programa.*

SÍ ☐ NO ☐

_____ , _____ d _____ de _____

(La persona sol·licitant / *La persona solicitante*) (La persona cónjuge o parella / *La persona cónyuge o pareja*)

REGISTRE D'ENTRADA
*REGISTRO DE ENTRADA*

Firma: _____ Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

*Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asímismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).*

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
*FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE*

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / *EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA*

CJAAPP - IAC

DIN - A4

IA - 22033 - 01 - E

GENERALITAT VALENCIANA

# PROGRAMA DE TERMALISME VALENCIÀ

# *PROGRAMA DE TERMALISMO VALENCIANO*

| SOL·LICITANT *SOLICITANTE* | CÓNJUGE O PARELLA *CÓNYUGE O PAREJA* |
|---|---|
| | |
| COGNOMS / *APELLIDOS* | COGNOMS / *APELLIDOS* |
| NOM / *NOMBRE* | NOM / *NOMBRE* |
| | |

## INFORME MÈDIC / *INFORME MÉDICO*

### DADES DEL/DE LA DOCTOR/A / *DATOS DEL/ DE LA DOCTOR/A*

| | | | |
|---|---|---|---|
| COGNOMS / *APELLIDOS* | | COGNOMS / *APELLIDOS* | |
| NOM / *NOMBRE* | NÚM COL·LEGIAT/A / *Nº COLEGIADO/A* | NOM / *NOMBRE* | NÚM COL·LEGIAT/A / *Nº COLEGIADO/A* |

### DIAGNÒSTIC / *DIAGNÓSTICO*

| DESCRIPCIÓ / *DESCRIPCIÓN* | DESCRIPCIÓ / *DESCRIPCIÓN* |
|---|---|
| | |

### HI HA CAP TIPUS DE CONTRAINDICACIÓ PER A REBRE EL TRACTAMENT TERMAL? *¿EXISTE ALGÚN TIPO DE CONTRAINDICACIÓN PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO TERMAL?*

☐ NO

☐ SÍ Especifiqueu: *Especificar:*

1. Es val per si mateix/a per a les activitats de la vida diària *Se vale por si mismo/a para las actividades de la vida diaria* ☐ SÍ ☐ NO
2. Utilitza cadira de rodes per a desplaçar-se *Utiliza silla de ruedas para desplazarse* ☐ SÍ ☐ NO
3. Presenta transtornos de comportament que puguen produir alteracions en la convivencia d'un centre residencial col·lectiu *Presenta transtornos de comportamiento que pueden producir alteraciones en la convivencia de un centro residencial colectivo* ☐ SÍ ☐ NO

☐ NO

☐ SÍ Especifiqueu: *Especificar:*

1. Es val per si mateix/a per a les activitats de la vida diària *Se vale por si mismo/a para las actividades de la vida diaria* ☐ SÍ ☐ NO
2. Utiliza cadira de rodes per a desplaçar-se *Utiliza silla de ruedas para desplazarse* ☐ SÍ ☐ NO
3. Presenta transtornos de comportament que puguen produir alteracions en la convivencia d'un centre residencial col·lectiu *Presenta transtornos de comportamiento que pueden producir alteraciones en la convivencia de un centro residencial colectivo* ☐ SÍ ☐ NO

### OBSERVACIONS D'INTERÉS / *OBSERVACIONES DE INTERÉS*

_____ , _____ d _____ de _____

Segell / *Sello*

Firma: _____

_____ , _____ d _____ de _____

Segell / *Sello*

Firma: _____

(1/1) EXEMPLAR PER A LA DIRECCIÓ GENERAL DE SERVICIS SOCIALS / *EJEMPLAR PARA LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES*

CJAAPP - IAC

DIN - A4

IA - 22033 - 02 - E

03/12/09