



**SOC I 003 C SOLICITUD DEL SERVICIO "MAJOR A CASA"**

**DATOS PERSONALES (\*)**

Nombre y apellidos		DNI/CIF	
En representación de		DNI/CIF	
Domicilio	Localidad	C. Postal	
Correo electrónico	Fax	Tel.	Tel. móvil
Domicilio alternativo (lo más próximo posible al domicilio habitual de entrega)	Localidad	C. Postal	

**Datos del cónyuge (en su caso)**

Nombre y apellidos	DNI/CIF	Fecha de Nacimiento
--------------------	---------	---------------------

**Certificado discapacidad (en su caso)**

Posee certificado de discapacidad igual o superior al 33%

**Opción del Servicio**

INDIVIDUAL

DOBLE

TRES ó MAS

**EXPONGO**

-Que enterado del programa "MAJOR A CASA" ofrecido por el Ayuntamiento de Alzira manifiesto mi intención de ser beneficiario del mismo.  
Y asimismo AUTORIZO expresamente al Ayuntamiento de ALZIRA para que, conforme lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, pueda ceder los datos de carácter personal y relativos a la salud a la empresa prestadora del servicio "MAJOR A CASA", a los únicos efectos de verificar las condiciones necesarias para disfrutar del mencionado servicio.

**SOLICITO**

Ser incluido como beneficiario del programa "MAJOR A CASA"

**DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTA A LA SOLICITUD FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE**

- Fotocopia del DNI de la persona solicitante.
- Certificado de la pensión de jubilación o por cualquier otro concepto, del solicitante y del cónyuge, en su caso.
- Informe médico del solicitante, según modelo oficial,
- Declaración responsable del solicitante, según modelo oficial.
- Certificado de discapacidad en su caso.

**OTROS DOCUMENTOS**

\_\_\_\_\_

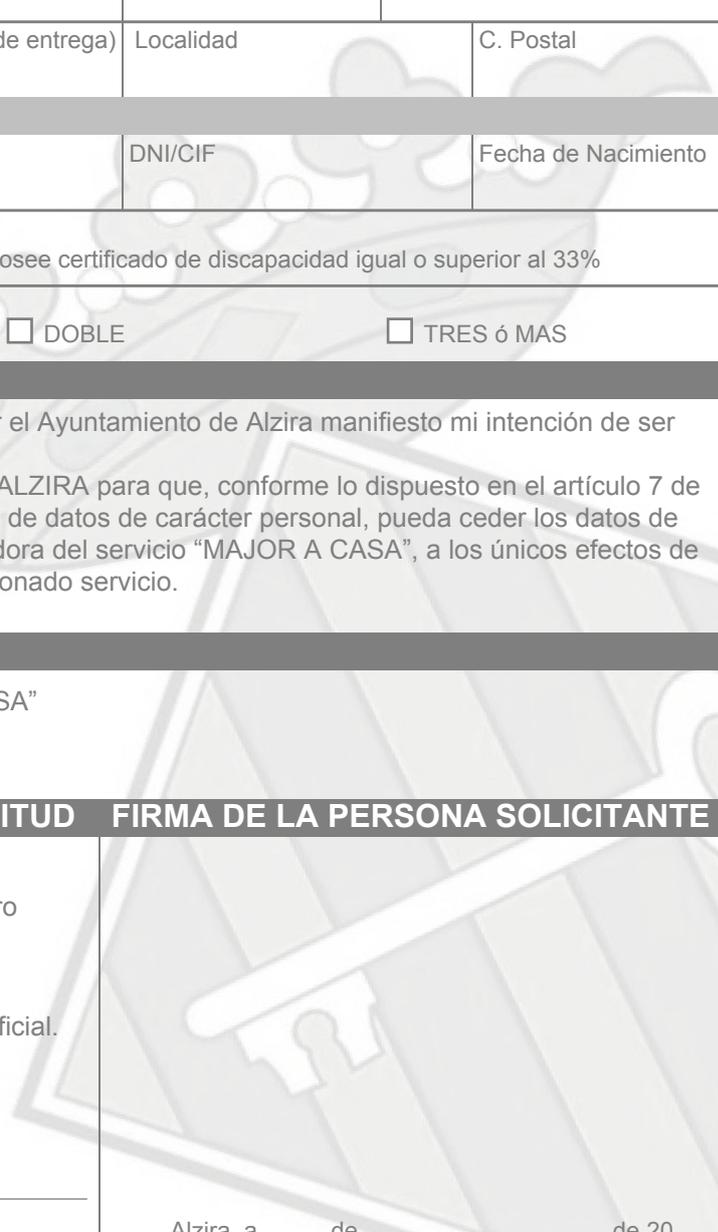
\_\_\_\_\_

Alzira, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

(\*) Los datos facilitados por Ud. en este formulario pasarán a formar parte de los ficheros automatizados propiedad del Ayuntamiento de Alzira y podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante instancia presentada ante el Registro General de Entrada del Ayuntamiento de Alzira.



**SOC I 003 C SOLICITUD DEL SERVICIO "MAJOR A CASA"**

<b>DATOS PERSONALES (*)</b>			
Nombre y apellidos		DNI/CIF	
En representación de		DNI/CIF	
Domicilio	Localidad	C. Postal	
Correo electrónico	Fax	Tel.	Tel. móvil
Domicilio alternativo (lo más próximo posible al domicilio habitual de entrega)		Localidad	C. Postal
<b>Datos del cónyuge (en su caso)</b>			
Nombre y apellidos		DNI/CIF	Fecha de Nacimiento
<b>Certificado discapacidad (en su caso)</b>			
<input type="checkbox"/> Posee certificado de discapacidad igual o superior al 33%			
<b>Opción del Servicio</b>			
<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> DOBLE <input type="checkbox"/> TRES ó MAS			
<b>EXPONGO</b>			
<p>-Que enterado del programa "MAJOR A CASA" ofrecido por el Ayuntamiento de Alzira manifiesto mi intención de ser beneficiario del mismo. Y asimismo AUTORIZO expresamente al Ayuntamiento de ALZIRA para que, conforme lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, pueda ceder los datos de carácter personal y relativos a la salud a la empresa prestadora del servicio "MAJOR A CASA", a los únicos efectos de verificar las condiciones necesarias para disfrutar del mencionado servicio.</p>			
<b>SOLICITO</b>			
Ser incluido como beneficiario del programa "MAJOR A CASA"			
<b>DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTA A LA SOLICITUD</b>		<b>FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE</b>	
<input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI de la persona solicitante. <input type="checkbox"/> Certificado de la pensión de jubilación o por cualquier otro concepto, del solicitante y del cónyuge, en su caso. <input type="checkbox"/> Informe médico del solicitante, según modelo oficial, <input type="checkbox"/> Declaración responsable del solicitante, según modelo oficial. <input type="checkbox"/> Certificado de discapacidad en su caso.		  Alzira, a _____ de _____ de 20____	
<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			

SOC I 003 C – Rev.1 - 20130213

(\*) Los datos facilitados por Ud. en este formulario pasarán a formar parte de los ficheros automatizados propiedad del Ayuntamiento de Alzira y podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante instancia presentada ante el Registro General de Entrada del Ayuntamiento de Alzira.

**SRA. ALCALDESSA PRESIDENTA DE L'AJUNTAMENT D'ALZIRA**