

ANEXO I – SOLICITUDE

(ACOMPAÑAR DE DÚAS COPIAS DO DNI DE CADA SOLICITANTE)

1. DATOS DA PERSOA TITULAR SOLICITANTE

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI	DATA NACEMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.1. DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

DOMICILIO (RÚA, NÚMERO, ESCALEIRA, ..)	CÓDIGO POSTAL	CONCELLO	TELÉFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2. REQUISITOS

CONCELLO NO QUE SE ATOPA EMPADROADO ACTUALMENTE	TELÉFONOS DE CONTACTO	DATAS DE PARTICIPACIÓN DE PREFERENCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/> OU <input type="text"/>	<input type="text"/> ; <input type="text"/>

1.3. MODALIDADE E ESTABLECEMENTO SOLICITADO

MODALIDADE	ESTABLECEMENTO TERMAL PREFERENCIA 1	ESTABLECEMENTO TERMAL PREFERENCIA 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.4. DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO baixo a miña responsabilidade que son certos os datos que consigno na presente solicitude, manifestando que quedo informado/a da obriga de comunicar á Deputación de Lugo calquera variación que dos mesmos puidera producirse no sucesivo, así como:

- Que **SI** me valgo por min mesmo/a para as actividades da vida diaria.
- Si estar en condicións de participar no programa LugoTermal 2017.
- Que **NON** presento alteracións do comportamento que me impidan a convivencia nos establecementos termais.
- Que **NON** padezo enfermidade transmisible con risco de contaxio.
- Que **NON** teño contraindicación médica para a recepción dos tratamentos termais e **ACEPTO** as bases do programa LugoTermal2017.

En , a de de 201 .

Asdo.:

2. DATOS DA PERSOA ACOMPAÑANTE

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI	DATA NACEMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.1. DATOS DE CONTACTO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

TELÉFONO 1	TELÉFONO 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.2. DECLARACIÓN RESPONSABLE PERSOA ACOMPAÑANTE

DECLARO baixo a miña responsabilidade que son certos os datos que consigno na presente solicitude, manifestando que quedo informado/a da obriga de comunicar á Deputación de Lugo calquera variación que dos mesmos puidera producirse no sucesivo, así como:

- Que **SI** me valgo por min mesmo/a para as actividades da vida diaria
- Si estar en condicións de participar no programa LugoTermal 2017, agás no caso de fillos/as acompañantes.
- Que **NON** presento alteracións do comportamento que me impidan a convivencia nos establecementos termais.
- Que **NON** padezo enfermidade transmisible con risco de contaxio.
- Que **NON** teño contraindicación médica para a recepción dos tratamentos termais e **ACEPTO** as bases do programa LugoTermal2017

En , a de de 201 .

Asdo.: