

PETICIÓN DE INFORME DE SALUD PARA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Datos del solicitante

D/D^a _____

con D.N.I.nº: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Código Postal: _____

Tfno.: _____

Datos del representante legal (sólo en el caso de discapacidad o menor de edad)

D/D^a _____

con D.N.I.nº: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Código Postal: _____

Tfno.: _____

SOLICITO

La emisión del informe de salud, para su presentación en el proceso de tramitación de reconocimiento de situación de dependencia recogido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Fecha:

Firma del interesado

En caso de menores, firma del padre, madre o titular