



SOLICITUD DE PLAZAS RESIDENCIALES O DE DIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

DATOS DEL SOLICITANTE - USUARIO

Nombre:	Apellidos:	
DNI:	Lugar de Nacimiento y Fecha:	
Domicilio:		
Población:	C.P.	Provincia:
Teléfono de Contacto:		E-mail:

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL EN SU CASO

Nombre:	Apellidos:	
DNI:	Teléfono de Contacto:	
Domicilio:		
Población:	C.P.	Provincia:

Tipo de Discapacidad: (marque con una cruz) <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Pluridiscapacidad Porcentaje: ____ %	Observaciones
--	---------------

Tipo de Plaza en el Centro que Solicita: (marque con una cruz) CENTRO DE DIA <input type="checkbox"/> RESIDENCIA <input type="checkbox"/>
--

Observaciones: indiquemos aquellas aclaraciones que considere oportunas.
--

_____, ____ de ____ de ____ Firma: _____	Registro (a rellenar por COCEMFE Alicante)
---	--