IMPRESO DE SUGERENCIAS O INICIATIVAS Nº :

DATOS DEL SOLICITANTE (si fuera distinto del usuario):

Nombre y apellidos .....D.N.I. nº.....
Domicilio..... Localidad.....C.P.....
Teléfonos de contacto.....Fax.....
Correo electrónico.....vinculación con el usuario.....

DATOS DEL USUARIO:

Nombre y apellidos .....D.N.I. nº.....
Domicilio (en el caso de que sea distinto al del Centro).....
Teléfonos de contacto (en su caso).....Fax.....
Correo electrónico (en su caso).....

Fecha de ingreso en el Centro (adjuntar copia del contrato, en su caso):

Incapacidad declarada mediante sentencia judicial (contestar SI o NO):

*Válido ☐ /Asistido ☐
*Funciones cognitivas: normales ☐ /deterioro leve ☐ /deterioro moderado ☐ /deterioro severo ☐

EXPONE:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

En.....a.....de.....de.....

Firma:

*Conteste sólo si lo desea, marcando con una X la respuesta correcta.

Gobierno de Canarias
Viceconcejería de Derechos Sociales
Servicio de Inspección y Registro de Centros
C/ Leoncio Rodríguez, 3 - Edif. El Cabo, 5ª planta - 38071 Santa Cruz de Tenerife - Tlf.: 922 95 12 35
C/ Prof. Agustín Millares Carlo, 18 - Edif. Servicios Múltiples II - Planta 3ª. - Tlf.: 928 30 63 48
35071 Las Palmas de Gran Canaria