



## 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  RESIDENCIA

Observaciones: indiquemos aquellas aclaraciones que considere oportunas.

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

SI QUIERE COLABORAR PUEDE REALIZAR UNA DONACIÓN A TRAVÉS DEL Nº DE CUENTA 2090/0261/84/0040113430

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!