

Individual     
  Matrimoni/parella de fet  
*Matrimonio/pareja de hecho*     
  Discapacitat/ada amb acompanyant  
*Discapacitado/a con acompañante*     
  Fill/a discapacitat/ada  
*Hijo/a discapacitado/a*
**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT  
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

CODI EXPEDIENT / CÓDIGO EXPEDIENTE

DNI / NIF	COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO
ADREÇA (CARRER/PL., NÚM. I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, Nº Y PUERTA)		CP	TELÈFON / TELÉFONO
LOCALITAT / LOCALIDAD			

BALNEARIS PREFERENTS / BALNEARIOS PREFERENTES		
1	2	3
<input type="checkbox"/> Temporada alta <input type="checkbox"/> Temporada baixa <i>Temporada baja</i>	<input type="checkbox"/> Temporada alta <input type="checkbox"/> Temporada baixa <i>Temporada baja</i>	<input type="checkbox"/> Temporada alta <input type="checkbox"/> Temporada baixa <i>Temporada baja</i>

**B DADES DEL CÒNJUGE / PARELLA (1) / DATOS DEL CÓNYUGE / PAREJA (1)**

DNI / NIF	COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO
-----------	---------------------	--------------	------------------------------------

(1) Només en el cas que sol·licite plaça / Sólo en el caso de que solicite plaza

**C DADES DE LA PERSONA ACOMPANYANT (2) O FILL/A DISCAPACITAT/ADA (3)  
DATOS DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE (2) O HIJO/A DISCAPACITADO/A (3)**

DNI / NIF	COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO
-----------	---------------------	--------------	------------------------------------

(2) En el cas de persones amb discapacitat igual o superior al 65% / En el caso de personas con discapacidad igual o superior al 65%

(3) Amb discapacitat igual o superior al 33% / Con discapacidad igual o superior al 33%

**D A OMLIR SI ES VOL UNIR LA SOL·LICITUD A LA D'UNA ALTRA PERSONA  
A CUMPLIMENTAR SI SE QUIERE UNIR LA SOLICITUD A LA DE OTRA PERSONA**

DNI / NIF	COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE
-----------	---------------------	--------------

**E EN CAS DE NECESSITAT, AVISE / EN CASO DE NECESIDAD, AVISAR A**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TELÈFON / TELÉFONO
---------------------	--------------	--------------------

**F AUTORITZACIÓ D'ACCÉS A DADES PERSONALS A OMLIR PER LA PERSONA SOL·LICITANT  
AUTORIZACIÓN DE ACCESO A DATOS PERSONALES A RELLENAR POR LA PERSONA SOLICITANTE**

De conformitat amb allò disposat en l'article 5 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell, pel qual s'establixen mesures de simplificació i de reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'Administració de la Generalitat i el seu sector públic, AUTORITZE expressament la Conselleria de Benestar Social perquè pugui accedir a les meues dades personals que hi ha als fitxers que pertanyen a eixa conselleria i a altres administracions públiques als únics efectes de la verificació del compliment dels requisits i condicions necessaris per a participar en esta convocatòria i de la comunicació, als establiments termals, de la identitat, l'adreça i el telèfon de les persones interessades per a fins relacionats amb el programa.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell, por el que se establecen medidas de simplificación y reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la administración de la Generalitat y su sector público, AUTORIZO expresamente a la Conselleria de Bienestar Social para que pueda acceder a mis datos personales obrantes en los ficheros pertenecientes a esa conselleria o a otras administraciones públicas a los únicos efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones necesarios para participar en la presente convocatoria y de la comunicar, a los establecimientos termales, la identidad, dirección y teléfono de las personas interesadas para fines relacionados con el programa.

 SÍ       NO

La firma d'esta sol·licitud implica la declaració responsable per part del sol·licitant que complix amb TOTS els requisits per a participar en el programa inclosos en l'orde de convocatòria

La firma de esta solicitud implica la declaración responsable por parte del solicitante de que cumple con TODOS los requisitos para participar en el programa incluidos en la orden de convocatoria

\_\_\_\_\_, d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

La persona sol·licitant o representant      La persona cònjuge o parella      La persona acompanyant o fill/a  
*La persona solicitante o representante*      *La persona cónyuge o pareja*      *discapacitat/ada*  
*La persona acompañante o hijo/a*  
*discapacitado/a*

 REGISTRE D'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

 DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

