

PROGRAMA DE TURISMO SOCIAL DE PERSONAS MAYORES DE ANDALUCÍA

Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1	DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE
1 ^{er} . APELLIDO: 2º APELLIDO: NOMBRE: D.N.I./N.I.F.: FECHA DE NACIMIENTO SEXO ESTADOCIVIL DOMICILIO: LOCALIDAD PROVINCIA: C.P.: TELÉFONOS:	

2	DATOS DEL/DE LA ACOMPAÑANTE (A cumplimentar sólo en el caso de solicitud de plaza doble)
1 ^{er} . APELLIDO: 2º APELLIDO: NOMBRE: D.N.I./N.I.F.: FECHA DE NACIMIENTO SEXO ESTADOCIVIL DOMICILIO: LOCALIDAD PROVINCIA: C.P.: TELÉFONOS: GRADO DE PARENTESCO O RELACION CON EL/LA SOLICITANTE PERSONA CON DISCAPACIDAD: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> en su caso: GRADO DE MINUSVALIA PROVINCIA DONDE SE OBTUVO	

3	MODALIDAD Y TURNO QUE SOLICITA
3.1 TURISMO SOCIAL DE MAYORES: <input type="checkbox"/> EN ALBERGUES JUVENILES Y HOTELES <input type="checkbox"/> EN EL CENTRO RESIDENCIAL DE PERSONAS MAYORES DE ESTEPONA (MÁLAGA) <input type="checkbox"/> EN ESPACIOS NATURALES 3.2 TURNO NÚMERO FECHA DE INICIO	

4	¿ EL/LA SOLICITANTE O EL/LA ACOMPAÑANTE HA O HAN PARTICIPADO ANTERIORMENTE EN ALGUNA MODALIDAD DEL PROGRAMA DE TURISMO SOCIAL DE MAYORES DE ANDALUCIA?
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR MODALIDAD DE PROGRAMA: <input type="checkbox"/> ALBERGUES JUVENILES Y HOTELES AÑO/S <input type="checkbox"/> CENTRO RESIDENCIAL DE ESTEPONA AÑO/S <input type="checkbox"/> ESPACIOS NATURALES AÑO/S	

5	DATOS ECONÓMICOS		
	CLASE DE PENSION (Jubilación, Viudedad, etc)	PROCEDENCIA (Seguridad Social, Clases Pasivas, No Contributiva, etc)	CUANTIA MENSUAL
SOLICITANTE	..........	..........	..........
ACOMPAÑANTE	..........	..........	..........
	OTROS INGRESOS PERIÓDICOS DISTINTOS A LAS PENSIONES (Rentas de Capital, Alquileres, Salarios, etc)		CUANTÍA
SOLICITANTE	..........		..........
ACOMPAÑANTE	..........		..........

6	CUMPLIMENTAR SOLO EN EL SUPUESTO DE QUE QUIERA UNIR SU SOLICITUD A LA DE OTRA PERSONA (En éste caso ambos solicitantes deben pedir los mismos programas y turnos y en el mismo orden)
1 ^{er} . APELLIDO: .....2º APELLIDO:.....NOMBRE:..... D.N.I./N.I.F.:	

7	DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (original y/o copia para su cotejo)
<input type="checkbox"/> D.N.I./NIF del/de la solicitante y acompañante, en su caso <input type="checkbox"/> Tarjeta Sanitaria del/de la solicitante y/o acompañante, en su caso. <input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento del/de la solicitante y/o acompañante, en su caso <input type="checkbox"/> Informe Médico (Anexo II) <input type="checkbox"/> Resolución con calificación de minusvalía del/de la acompañante, en su caso	

8	AUTORIZACION, DECLARACION, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>8.1.- AUTORIZO la comunicación de datos de carácter personal a otros Órganos, Administraciones Públicas o Entidades Colaboradoras, para el ejercicio de competencias que versen sobre materias propias o distintas a las que se refiere la presente solicitud.</p> <p>8.2.- AUTORIZO el suministro de datos de carácter tributario a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social o Entidades Colaboradoras, a los efectos de comprobación de los datos y/o requisitos que resulten exigibles.</p> <p>8.3.- DECLARO bajo mi expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación que se adjunta.</p> <p>8.4.- ME COMPROMETO a abonar la cantidad estipulada por el concepto que se determine, en su caso.</p> <p>8.5.- SOLICITO participar en el Programa de Turismo Social de Personas Mayores de Andalucía</p> <p>En.....a.....de.....de.....</p> <p style="text-align: center;">EL/ LA SOLICITANTE EL/LA ACOMPAÑANTE (en su caso)</p> <p>Fdo.:..... Fdo.:.....</p> <p>La falsedad de los datos declarados o de la documentación aportada para la acreditación de las circunstancias determinantes de los criterios de valoración conllevará la exclusión de la solicitud, sin perjuicio de las responsabilidades de otro orden en que se hubiera podido incurrir.</p>	

ILMO./A. SR./A. DELEGADO/A DE LA CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

PROTECCIÓN DE DATOS
<p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la solicitud del Programa de Turismo Social de Personas Mayores de Andalucía.</p> <p>De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, sita en Avda. de Hytasa nº 14. 41071-Sevilla.</p>

INFORME MEDICO

ANEXO A LA SOLICITUD DEL PROGRAMA DE TURISMO SOCIAL DE MAYORES DE ANDALUCIA

1	DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE
1er. APELLIDO:.....2º. APELLIDO	
NOMBRE.....D.N.I./N.I.F.....	

2	DATOS DEL/ DE LA ACOMPAÑANTE (A cumplimentar sólo en el caso de solicitud de plaza doble)
1er. APELLIDO:.....2º. APELLIDO	
NOMBRE: D.N.I./N.I.F.:	

3	VALORACION MEDICA	SOLICITANTE		ACOMPAÑANTE	
3.1.	Padece enfermedad infecto-contagiosa.....	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3.2.	Presenta alteraciones psíquicas que puedan alterar la normal convivencia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3.3.	Se vale por sí mismo para viajar, caminar y demás actividades de la vida diaria.....	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3.4.	Tiene dieta alimenticia por prescripción facultativa.....	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, indicar cual:				

4	OBSERVACIONES (indicar cualquier circunstancia no señalada, que se considere de interés)

5	DATOS DEL /DE LA MÉDICO/A QUE EMIT EL INFORME
APELLIDOS Y NOMBRE:.....	
NÚMERO DE COLEGIADO/A	
En....., a..... de.....de.....	
(Sello)	
EL/LA FACULTATIVO/A	
Fdo.:	