

**SOLICITUD DE ADMISIÓN EN EL PROGRAMA
ATENCIÓN PERSONAL Y VIDA AUTÓNOMA. AÑO 2012**

NOMBRE: _____
APELLIDOS: _____

DOMICILIO: _____
C.POSTAL: _____ LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TELÉFONO: _____ Nº SOCIO: _____

TIPO DE DISCAPACIDAD: _____ GRADO: _____

GRADO Y NIVEL DE DEPENDENCIA SI LO TIENE RECONOCIDO: _____

PRESTACIONES QUE TIENE RECONOCIDAS POR DEPENDENCIA: _____

UTILIZA SILLA DE RUEDAS: SI NO

UTILIZA BASTONES: SI NO

VIVE SOLO: SI NO Si no vive solo especificar (Padres, hermanos, esposo/a, hijos, etc.) _____

HA RECIBIDO ESTE SERVICIO ANTERIORMENTE DE ASPAYM: SI NO

EN QUE AÑO/S: _____

Firma: _____

En Oviedo, a ____ de _____ de 201__

Documentación a adjuntar indicada al dorso

El arriba firmante da su consentimiento expreso para que sus datos sean tratados en relación con el ámbito y la finalidad de la Asociación ASPAYM Principado de Asturias (artículo 4 Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal).

Esta solicitud está supeditada a la subvención que la Asociación reciba para el programa de Atención Personal y Vida Autónoma, y en su caso, las prioridades que se estimen por Junta Directiva de ASPAYM - Principado de Asturias.

Inscrita en el Registro de Asociaciones del Principado de Asturias con el nº 3355, Sección Primera -C.I.F.: G-33344904 Declarada de Utilidad Pública