



INSTITUTO MUNICIPAL DE  
SERVICIOS SOCIALES

C/ San Lorenzo, 25  
06002 Badajoz

Tfn.: 924-21 02 20

JUNTA DE EXTREMADURA

## SOLICITUD INDIVIDUAL DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

### 1.- DATOS DEL INTERESADO/A.

<b>APELLIDOS:</b>	<b>NOMBRE:</b>
<b>DOMICILIO:</b>	<b>NÚMERO:</b>
<b>POBLACIÓN:</b>	<b>C. POSTAL:</b>
<b>DNI:</b>	<b>TELÉFONO:</b>
<b>NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONYUGE:</b>	

### 2.- DATOS DEL REPRESENTANTE (en caso de menores o discapacitados).

<b>APELLIDOS:</b>	<b>NOMBRE:</b>
<b>DOMICILIO:</b>	<b>NÚMERO:</b>
<b>POBLACIÓN:</b>	<b>C. POSTAL:</b>
<b>DNI:</b>	<b>TFNO. CONT.:</b>

**SOLICITA** a Vd. me sea concedida, la siguiente atención:

TIPO DE ATENCIÓN	DÍAS SEMANA L-M-X-J-V
<input type="checkbox"/> APOYO EN LAS TAREAS DEL HOGAR <input type="checkbox"/> TAREAS DE CARÁCTER PERSONAL <input type="checkbox"/> CUIDADOS ESPECIALES A DEPENDIENTES <input type="checkbox"/> VIDA SOCIAL Y RELACIONAL <input type="checkbox"/> APOYO SOCIAL Y EDUCATIVO	<b>HORARIO</b> <b>MAÑANA</b> <input type="checkbox"/> <b>MEDIODIA</b> <input type="checkbox"/> <b>TARDE</b> <input type="checkbox"/>

**TELEASISTENCIA**

### **CLÁUSULA DE INFORMACIÓN DE DERECHOS SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal y el Reglamento dictado en su desarrollo, por Real Decreto 1720/2007, de 21 de Diciembre, le informamos que los datos personales que usted haga constar en esta solicitud se incorporarán a un fichero automatizado de datos, denominado " Expedientes de Servicios Sociales", de titularidad municipal, y cuyo responsable es el Instituto Municipal de Servicios Sociales de Badajoz ( IMSS), siendo, dichos datos, objeto de tratamiento por la citada entidad, con la finalidad de gestionarle el servicio por usted demandado y mantenerle informado de todas sus actividades, pudiendo usted, en cualquier momento, dirigirse a dicho organismo, sito en Badajoz, c/ San Lorenzo nº25, para ejercitar los derechos de oposición, acceso, rectificación, y cancelación de sus datos, a través del procedimiento establecido para ello en las disposiciones arriba citadas.

Asimismo, le informamos que con la firma de esta solicitud, usted consiente, de forma expresa, el tratamiento, por el IMSS, de los datos referentes a su persona, en especial, de los relativos a su salud, necesarios para la prestación del/los servicio/s por usted solicitado/s, así como la comunicación, en su caso, de dichos datos, a la/s empresa prestataria/s del/los citado/s servicio/s.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de 2.01\_\_\_\_

Fdo:

**SR. ALCALDE- PRESIDENTE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE BADAJOZ.**

