



RESIDENCIA MUNICIPAL DE MAYORES "ELVIRA OTAL"

SOLICITUD DE INGRESO Indefinido

Temporal

Fecha Ingreso:

Fecha Salida:

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

APELLIDOS.....
NOMBRE.....
DOMICILIO.....
LOCALIDAD.....C.P.....PROVINCIA.....
TELÉFONO:
CORREO ELECTRÓNICO.....
RELACIÓN CON USUARIO/A: <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro/a.....

DATOS PERSONALES DEL USUARIO/A

APELLIDOS.....
NOMBRE.....
Nº D.N.I.....SEXO.....ESTADO CIVIL.....
FECHA DE NACIMIENTO: DÍA.....MES.....AÑO.....
DOMICILIO.....
LOCALIDAD.....C.P.....PROVINCIA.....
TELÉFONO:

CÓNYUGE (Si procede)

APELLIDOS.....
NOMBRE.....
Nº D.N.I.....SEXO.....ESTADO CIVIL.....
FECHA DE NACIMIENTO: DÍA.....MES.....AÑO.....
TELEFONOS.....

Solicita plaza sólo para el/ella:

Solicita plaza para el matrimonio:



Fundación
Elvira Otal

OBSERVACIONES:

RECOGE LA SOLICITUD:

Cantidad entregada como señal de Reserva de Plaza (Esta cantidad se deducirá de la 1ª cuota mensual)	Importe Fianza
Nº DE CUENTA BANCARIA DEL SOLICITANTE (20 DÍGITOS)	_____ / _____ / _____

DECLARACIÓN:

Los abajo firmantes solicitan el ingreso en el Centro Residencial, al mismo tiempo declaran ser ciertos cuantos datos anteceden, siendo conscientes de que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación de su expediente o la expulsión del Centro en caso de haber sido admitidos.

He sido informado/a, de que la señal de reserva de plaza no será devuelta cuando el ingreso en Residencia no se efectúe, salvo que la causa sea por fallecimiento del residente.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS.- Responsable>>>> FUNDACIÓN ELVIRA OTAL. **Finalidad>>>>** tramitar y gestionar su reserva de plaza, así como para el envío de información acerca de servicios y actividades organizadas y/o participadas por lo cual no podrá llevarse a cabo sin los datos personales. **Legitimación>>>>** Consentimiento del interesado o de su representante legal. **Destinatarios>>>>** Los datos personales que usted o su representante legal han facilitado tienen como destinatario a FUNDACIÓN ELVIRA OTAL **Derechos>>>>** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, contactando con FUNDACIÓN ELVIRA OTAL CALLE FORMACION PROFESIONAL 22-24, EJE DE LOS CABALLEROS, 50600, administracion@elviraotal.es **Información Adicional>>>>** www.infoprotecciondatos.eu/p1253002018

El/la interesado/a reconoce la recepción de esta información procedente de FUNDACIÓN ELVIRA OTAL

El/la interesado/a o representante legal AUTORIZO/A NO AUTORIZO/A el tratamiento de mis datos de contacto a FUNDACIÓN ELVIRA OTAL, para enviarme información acerca de actividades, eventos y servicios ofertados por FUNDACIÓN ELVIRA OTAL.

Eje de los Caballeros, a _____ de _____ de 20__.

FIRMA SOLICITANTE

FIRMA USUARIO