



PROCEDEMENTO <b>PROGRAMA BENESTAR A TRAVÉS DE TALASOTERAPIA</b>	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO <b>BS607B</b>	DOCUMENTO <b>SOLICITUDE</b>
--------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------

**DATOS DA PERSOA SOLICITANTE**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

TIPO  NOME DA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  ANDAR  PORTA

PARROQUIA  LUGAR

CÓDIGO POSTAL  PROVINCIA  CONCELLO  LOCALIDAD

TELÉFONO  TELÉFONO MÓBIL  CORREO ELECTRÓNICO

DATA DE NACEMENTO  N° DE TARXETA SANITARIA

**E, NA SÚA REPRESENTACIÓN** (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

**DATOS PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN**

Notifíquese a:  Persoa solicitante  Persoa ou entidade representante

Enviaranse avisos da posta á disposición da notificación ao correo electrónico e/ou teléfono móbil facilitados a seguir:

TELÉFONO MÓBIL  CORREO ELECTRÓNICO

**ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE**

As persoas obrigadas a relacionarse a través de medios electrónicos coa Administración deberán optar, en todo caso, pola notificación por medios electrónicos sen que sexa válida para elas, nin produza efectos, unha opción diferente.

**Electrónica** a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal, <https://notifica.xunta.gal>. Só se poderá acceder á notificación co certificado electrónico asociado ao NIF da persoa indicada.

**Postal** (cúbrase o enderezo postal só se é distinto do indicado anteriormente)

As notificacións que se practiquen en papel estarán tamén á disposición da persoa indicada anteriormente no Sistema de Notificación Electrónica de Galicia- Notifica.gal, para que poida acceder ao contido das mesmas de forma voluntaria

TIPO  NOME DA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  ANDAR  PORTA

PARROQUIA  LUGAR

CÓDIGO POSTAL  PROVINCIA  CONCELLO  LOCALIDADE

**DATOS DO FILLO OU FILLA CON DISCAPACIDADE**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

DATA DE NACEMENTO  N° DE TARXETA SANITARIA  PORCENTAXE DE DISCAPACIDADE



**DATOS DA PERSOA ACOMPAÑANTE** (cónxuxe, relación análoga á conxugal ou outra persoa)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARROQUIA	LUGAR				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
DATA DE NACEMENTO	Nº DE TARXETA SANITARIA				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

**DESTINOS E DATAS SOLICITADAS**

(véxase a relación de destinos e datas que se ofertan no anexo IV e indíquese ata tres por orde de preferencia)

1º DESTINO	DATA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
2º DESTINO	DATA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
3º DESTINO	DATA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SOLICITA PODER PARTICIPAR NA LISTA DE VACANTES NOUTROS DESTINOS  SI  NON

**DATOS DE SAÚDE DA PERSOA SOLICITANTE**

Válese por si mesma para as actividades da vida diaria  SI  NON

Presenta:

Enfermidade transmisible con risco de contaxio  SI  NON

Alteracións de comportamento que dificulten a convivencia  SI  NON

Algún tipo de enfermidade ou limitación para recibir tratamento de talasoterapia  SI  NON

Outras enfermidades  SI  NON En caso afirmativo, indíquese cales:

Precisa algún tipo de:

Tratamento  SI  NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Dieta  SI  NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Apoio  SI  NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Outros datos que queira facer constar (solicitud de cuarto individual):

**DATOS ECONÓMICOS**

CONTÍA MENSUAL LÍQUIDA (€)

PROCEDENTES DE

PENSÍONS

OUTROS

Indíquese cales:



**A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA:**

1. Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos.
2. Que a documentación que se achega está vixente.

**DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU XA PRESENTADA CON ANTERIORIDADE**

<input type="checkbox"/>	Copia do pasaporte, se procede, da persoa solicitante			
<input type="checkbox"/>	Informe médico actualizado da persoa solicitante en caso de limitación, alerxia ou enfermidade que requira atención especial			
<input type="checkbox"/>	Anexo II, se procede			
<input type="checkbox"/>	Anexo III, se procede			
		ÓRGANO	CÓD. PROC.	ANO
<input type="checkbox"/>	Certificado das pensións percibidas, non outorgadas polo INSS nin pola Xunta de Galicia da persoa solicitante			
<input type="checkbox"/>	Copia do libro de familia da persoa solicitante, no caso de acudir ao programa acompañada dun fillo ou filla con discapacidade			

**COMPROBACIÓN DE DATOS**

<b>Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no recadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.</b>	<b>OPÓNOME Á CONSULTA</b>
DNI/NIE da persoa solicitante	<input type="checkbox"/>
Certificado de empadramento da persoa solicitante	<input type="checkbox"/>
Declaración do imposto da renda das persoas físicas correspondente ao último período en que se presente a solicitude da persoa solicitante	<input type="checkbox"/>
Certificado das pensións percibidas, outorgadas polo INSS da persoa solicitante	<input type="checkbox"/>
Certificado das pensións percibidas, outorgadas pola Xunta de Galicia	<input type="checkbox"/>

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS**

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia. Consellería ou entidade a que se dirixe esta solicitude, escrito ou comunicación.
Finalidades do tratamento	A tramitación administrativa que derive da xestión deste formulario e a actualización da información e contidos da carpeta cidadá.
Lexitimación para o tratamento	O cumprimento dunha tarefa en interese público ou o exercicio de poderes públicos segundo a normativa recollida no formulario, na páxina <a href="https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos">https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos</a> e na ficha do procedemento na Guía de procedementos e servizos. Consentimento das persoas interesadas, cando corresponda.
Persoas destinatarias dos datos	As administracións públicas no exercicio das súas competencias, cando sexa necesario para a tramitación e resolución dos seus procedementos ou para que as persoas interesadas poidan acceder de forma integral á información relativa a unha materia.
Exercicio de dereitos	As persoas interesadas poderán acceder, rectificar e suprimir os seus datos, así como exercer outros dereitos, a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común.
Contacto delegado de protección de datos e máis información	<a href="https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais">https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais</a>
<b>Actualización normativa:</b> no caso de existiren diferentes referencias normativas en materia de protección de datos persoais neste procedemento, prevalecerán en todo caso aquelas relativas ao Regulamento xeral de protección de datos.	

**LEXISLACIÓN APLICABLE**

Orde do 25 de marzo de 2019 pola que se regula a oferta de prazas para as estadias e o tratamento dentro do programa de Benestar a través de taloterapia 2019 e se realiza a súa convocatoria.

**SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE**

Lugar e data

,  de  de



**DATOS DO/DA FILLO/A DA PERSOA SOLICITANTE**

**DATOS DO/DA FILLO/A CON DISCAPACIDADE**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DATOS DE SAÚDE DO/DA FILLO/A DA PERSOA SOLICITANTE**

Válese por si mesmo/a para as actividades da vida diaria  SI  NON

Presenta:

Enfermidade transmisíbel con risco de contaxio  SI  NON

Alteracións de comportamento que dificulten a convivencia  SI  NON

Algún tipo de enfermidade ou limitación para recibir tratamento de talasoterapia  SI  NON

Outras enfermidades  SI  NON En caso afirmativo, indíquese cales:

Precisa algún tipo de:

Tratamento  SI  NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Dieta  SI  NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Apoio  SI  NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Outros datos que queira facer constar:

**O/A FILLO/A DA PERSOA SOLICITANTE DECLARA:**

1. Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos.
2. Que a documentación que se achega está vixente.

**DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU XA PRESENTADA CON ANTERIORIDADE**

<input type="checkbox"/> Copia do pasaporte, se procede, do fillo ou filla da persoa solicitante			
<input type="checkbox"/> Informe médico actualizado do fillo ou filla da persoa solicitante en caso de limitación, alerxia ou enfermidade que requira atención especial			
	ÓRGANO	CÓD. PROC.	ANO
<input type="checkbox"/> Certificado do grao de discapacidade do fillo ou filla da persoa solicitante se dito certificado non fose expedido pola Xunta de Galicia			

**COMPROBACIÓN DE DATOS**

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no recadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.	OPÓÑOME Á CONSULTA
DNI/NIE do fillo ou filla da persoa solicitante	<input type="checkbox"/>
Certificado de empadramento do fillo ou filla da persoa solicitante	<input type="checkbox"/>
Certificado do grao de discapacidade do fillo ou filla da persoa solicitante expedido pola Xunta de Galicia	<input type="checkbox"/>



**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS**

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia. Consellería ou entidade a que se dirixe esta solicitude, escrito ou comunicación.
Finalidades do tratamento	A tramitación administrativa que derive da xestión deste formulario e a actualización da información e contidos da carpeta cidadá.
Lexitimación para o tratamento	O cumprimento dunha tarefa en interese público ou o exercicio de poderes públicos segundo a normativa recollida no formulario, na páxina <a href="https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos">https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos</a> e na ficha do procedemento na Guía de procedementos e servizos. Consentimento das persoas interesadas, cando corresponda.
Persoas destinatarias dos datos	As administracións públicas no exercicio das súas competencias, cando sexa necesario para a tramitación e resolución dos seus procedementos ou para que as persoas interesadas poidan acceder de forma integral á información relativa a unha materia.
Exercicio de dereitos	As persoas interesadas poderán acceder, rectificar e suprimir os seus datos, así como exercer outros dereitos, a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común.
Contacto delegado de protección de datos e máis información	<a href="https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais">https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais</a>

**Actualización normativa:** no caso de existiren diferentes referencias normativas en materia de protección de datos persoais neste procedemento, prevalecerán en todo caso aquelas relativas ao Regulamento xeral de protección de datos.

**SINATURA DO/DA FILLO/A DA PERSOA SOLICITANTE**

Lugar e data

,  de  de



**DATOS DA PERSOA ACOMPAÑANTE**

**DATOS DA PERSOA ACOMPAÑANTE** (cónxuxe, relación análoga á conxugal ou outra persoa)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DATOS DE SAÚDE DA PERSOA ACOMPAÑANTE**

Válese por si mesma para as actividades da vida diaria  SI  NON

Presenta:

Enfermidade transmisíble con risco de contaxio  SI  NON

Alteracións de comportamento que dificulten a convivencia  SI  NON

Algún tipo de enfermidade ou limitación para recibir tratamento de talasoterapia  SI  NON

Outras enfermidades  SI  NON En caso afirmativo, indíquese cales:

Precisa algún tipo de:

Tratamento  SI  NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Dieta  SI  NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Apoio  SI  NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Outros datos que queira facer constar:

**DATOS ECONÓMICOS**

CONTÍA MENSUAL LÍQUIDA (€)

PROCEDENTES DE

PENSIÓNS  OUTROS Indíquese cales:

**A PERSONA ACOMPAÑANTE DECLARA:**

1. Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos.
2. Que a documentación que se achega está vixente.

**DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU XA PRESENTADA CON ANTERIORIDADE**

<input type="checkbox"/> Copia do pasaporte, se procede, da persoa acompañante			
<input type="checkbox"/> Informe médico actualizado da persoa acompañante en caso de limitación, alerxia ou enfermidade que requira atención especial			
	ÓRGANO	CÓD. PROC.	ANO
<input type="checkbox"/> Certificado das pensións percibidas, non outorgadas polo INSS nin pola Xunta de Galicia da persoa acompañante			

**COMPROBACIÓN DE DATOS**

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no recadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.	OPÓÑOME Á CONSULTA
DNI/NIE da persoa acompañante	<input type="checkbox"/>
Certificado de empadramento da persoa acompañante	<input type="checkbox"/>
Declaración do imposto da renda das persoas físicas correspondente ao último período en que se presente a solicitude da persoa acompañante	<input type="checkbox"/>
Certificado das pensións percibidas, outorgadas polo INSS da persoa acompañante	<input type="checkbox"/>
Certificado das pensións percibidas, outorgadas pola Xunta de Galicia da persoa acompañante	<input type="checkbox"/>



**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS**

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia. Consellería ou entidade a que se dirixe esta solicitude, escrito ou comunicación.
Finalidades do tratamento	A tramitación administrativa que derive da xestión deste formulario e a actualización da información e contidos da carpeta cidadá.
Lexitimación para o tratamento	O cumprimento dunha tarefa en interese público ou o exercicio de poderes públicos segundo a normativa recollida no formulario, na páxina <a href="https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos">https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos</a> e na ficha do procedemento na Guía de procedementos e servizos. Consentimento das persoas interesadas, cando corresponda.
Persoas destinatarias dos datos	As administracións públicas no exercicio das súas competencias, cando sexa necesario para a tramitación e resolución dos seus procedementos ou para que as persoas interesadas poidan acceder de forma integral á información relativa a unha materia.
Exercicio de dereitos	As persoas interesadas poderán acceder, rectificar e suprimir os seus datos, así como exercer outros dereitos, a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común.
Contacto delegado de protección de datos e máis información	<a href="https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais">https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais</a>

**Actualización normativa:** no caso de existiren diferentes referencias normativas en materia de protección de datos persoais neste procedemento, prevalecerán en todo caso aquelas relativas ao Regulamento xeral de protección de datos.

**SINATURA DA PERSOA ACOMPAÑANTE**

Lugar e data

,  de  de