

SOLICITUD DE SERVICIO DE FISIOTERAPIA A DOMICILIO

DATOS DEL INTERESADO (persona que solicita la prestación)			
Apellido 1º	Apellido 2º	Nombre	
Domicilio		Localidad	
C.P.	D.N.I., pasaporte, tarjeta de residencia o C.I.F.		Nacionalidad
Nacido en	Provincia		Fecha(DD/MM/AAAA)
e-mail			Teléfono / Móvil

DATOS DEL REPRESENTANTE			
Apellido 1º	Apellido 2º	Nombre	NIF / NIE
Domicilio		C.P.	Localidad
e-mail			Teléfono/Móvil
Título que otorga la representación	Autoridad autorizante	Nº de Documento	Fecha (DD/MM/AAAA)

Presto mi consentimiento expreso para iniciar electrónicamente en mi nombre este expediente administrativo mediante la utilización de su firma electrónica, en virtud del artículo 22 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos, al funcionario público:

Apellido 1º	Apellido 2º	Nombre	NIF / NIE
-------------	-------------	--------	-----------

Deseo el siguiente canal para la notificación (seleccione una opción):

Correo ordinario

Telemático

DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Domicilio	C.P.	Localidad
Provincia		Municipio

SOLICITA le sea concedido el **Servicio de Fisioterapia a Domicilio**

SOLICITUD DE SERVICIO DE FISIOTERAPIA A DOMICILIO

Por los motivos (indicar motivos o causas):

ADJUNTA la documentación exigida por el [reglamento](#) regulador/a del servicio.

Asimismo, manifiesta que:

- No percibe otros servicios o prestaciones de análogo contenido o finalidad.
- Queda enterado/a de la obligación de comunicar a la Comarca cualquier variación en los datos declarado que puedan producirse en lo sucesivo.
- Acepta, en su caso, la contribución económica que resulte de la aplicación de la [ordenanza](#) vigente.
- Acepta el registro de sus datos en la Base de Datos Comarcal de los Servicios Sociales.
- El solicitante autoriza expresamente a la Administración comarcal a recabar de otras Administraciones Públicas los datos necesarios para la tramitación y resolución de la presente solicitud, incluidos los de carácter personal, en los términos establecidos por la normativa vigente, y de acuerdo con lo señalado por el artículo 6.2. b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.
- Se compromete a proporcionar los datos que pueda requerir la Comarca respecto a esta solicitud, declarando que todos ellos, así como la documentación que se acompaña son ciertos.

De conformidad con lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, consiento que mis datos sean incorporados a un fichero responsabilidad de la Comarca de Campo de Belchite y que sean tratados con la finalidad de atender la solicitud presentada.

Asimismo declaro haber sido informado sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndome a la Comarca de Campo de Belchite en Cl Ronda de Zaragoza, s/n (50130 Belchite) o bien remitiendo un mensaje a la dirección de correo electrónico administracion@campodebelchite.com

En _____, a _____

Firmado:

Sr./^a Presidente/a de la