

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

Recibí los documentos requeridos a excepción de los números: _____
 Cargo y nombre del empleado público _____
 Fecha _____ Lugar _____

DILIGENCIA DE COMPULSA: A la vista de los siguientes documentos originales en vigor:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en esta solicitud coinciden fielmente con los que aparecen en los documentos originales aportados o recibidos por el solicitante

Firma

Cargo y nombre del empleado público _____

Fecha _____ Lugar _____

Esta solicitud va a ser tramitada por medio informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero y permanecerán bajo la custodia de la Consejería de Bienestar Social. En cualquier momento puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante el Consejero de Bienestar Social (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE del día 14).

SOLICITUD DE AYUDAS PARA CUBRIR LOS COSTES DE LA ATENCIÓN RESIDENCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL (S- 21A)

1.- Datos del solicitante:

NIF/DNI/NIE nº		Vigente hasta		Nombre			
Primer Apellido				Segundo apellido			
Lugar y fecha de nacimiento				Estado Civil			
Domicilio	Tipo de Vía		Nombre de la vía				
Número		Bloque		Escalera		Piso	Puerta
Localidad			Teléfono fijo			Teléfono móvil	
Correo electrónico							