

ANEXO X

 Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia	SOLICITUD DE TRASLADO ENTRE CENTROS	
Nº Expediente SAAD:..... Ex:.....	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 24px; font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">SOLICITUD</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 10px; margin-bottom: 5px;">Espacio para validación mecánica</div>	Identificador de Registro

I. Datos del Solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
NIF/ NIE	Fecha nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre

II Datos personales del Acompañante (si lo hubiera)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
NIF / NIE	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de nacimiento
Lugar de nacimiento Localidad Provincia		Relación con el solicitante

III. Datos del Representante Legal

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
NIF / NIE	Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)	
Localidad	Provincia	País Código postal
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo electrónico

IV. Centro de origen

Centro de origen	Fecha de Ingreso
------------------	------------------

V. Localidades y Centros solicitados

Localidad	Centro

SOLICITUD TRASLADO ENTRE CENTROS DE PERSONAS MAYORES O CON DISCAPACIDAD

Página 2 de 2

VII. Motivo de la solicitud

- El reagrupamiento en el mismo Centro de miembros de la unidad familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad.

- En el caso de Centros Residenciales por una mayor proximidad geográfica del Centro al lugar de residencia originaria del solicitante o al lugar de residencia de sus familiares hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

- En el caso de Centros de Día, por un mayor acercamiento del Centro al domicilio del usuario y/o por graves motivos socio-familiares, debidamente justificados.

....., a de de 20....

(firma)

SR./SRA. DIRECTOR / A PROVINCIAL DEL INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES DE