**SJX7**

**120041**

**SOLICITUD DE PERMUTA DE CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Nº Procedimiento

Código SIACI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE | | |  | | | | Número de documento | | | | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | | 2º Apellido: | | |  | |  |
| Hombre  Mujer   |  |  | | --- | --- | | Fecha de nacimiento: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | |  | C.P.: | |  | | |  | | Población: | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  |  | Teléfono móvil: | | | | |  | | |  | | Correo electrónico: | | | |  | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | | Número de documento: | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | | 2º Apellido: | | |  |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | C.P.: | |  | | | |  | | Población: | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | Teléfono móvil: | | | | |  | | | |  | | Correo electrónico: | | |  | |  |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| Relación con el solicitante:  **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por la persona interesada.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| Correo postal  *(Podrán elegir esta opción quienes NO estén obligados a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la* **Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas***).*  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Discapacidad. |
| **Finalidad** | Tramitación de solicitudes de ingresos en residencias, estadísticas y gestión de la lista de espera. |
| **Legitimación** | Ejercicio de poderes públicos (Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha y el Decreto 13/1999, de 16 de febrero) |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica <https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos> |

|  |
| --- |
| **Datos de la solicitud** |
| EXPONE que cumple los requisitos exigidos por el Decreto 13/1999, de 16 de febrero, por el que se regula el procedimiento de acceso a Centros de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual. |
| DATOS DEL CENTRO DEL QUE LA PERSONA INTERESADA ES USUARIA:  TIPO DE CENTRO       NOMBRE DEL CENTRO  DOMICILIO DEL CENTRO       TELÉFONO:  LOCALIDAD       CÓDIGO POSTAL       PROVINCIA  SOLICITA (Permuta de Centro):  TIPO DE CENTRO       NOMBRE DEL CENTRO  DOMICILIO DEL CENTRO       TELÉFONO:  LOCALIDAD       CÓDIGO POSTAL       PROVINCIA  MOTIVO DE LA SOLICITUD DE PERMUTA: |

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  **Autorizaciones**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la **Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas**, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de datos de identidad.  Me opongo a la consulta de residencia.  En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento.  **Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.**  -  -  - |

En       a       de       de

Firma (DNI electrónico o certificado válido)

Organismo destinatario: DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE