

**Programa de Rehabilitación Integral para persoas con  
enfermidades neuromusculares**

**Folla de Solicitud**

**DATA DE SOLICITUDE:**

**DATOS DO SOLICITANTE :**

<b>NOME</b>		<b>1º APELIDO</b>	<b>2º APELIDO</b>
<b>SEXO</b>	<b>DATA DE NACIMIENTO</b>	<b>PATOLOXÍA</b>	<b>RECIBE XA O TRATAMENTO</b>
<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	/ /		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>DOMICILIO</b>			
<b>LOCALIDADE</b>	<b>CP</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>TELÉFONO</b>
<b>NOME DO CENTRO DE TRATAMENTO</b>			

**DATOS DO PAI/NAI/TITOR** (no caso de que o solicitante sexa menor de idade)

<b>NOME</b>	<b>1º APELIDO</b>	<b>2º APELIDO</b>	
<b>PAI/NAI/TITOR</b>	<b>DOMICILIO</b>		
<b>LOCALIDADE</b>	<b>CP</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>TELÉFONO</b>

**TIPO DE REHABILITACIÓN ESCOLLIDA**

Domiciliaria       Ambulatoria

**Tipo de tratamento solicitado:**

**Percibe o tratamento por algunha administración pública ou algunha axuda para sufragalo?:**

**OBSERVACIÓNS :**

--

DNI e Sinatura: