

1978

RECONOCIMIENTO, DECLARACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

**ANEXO - DECLARACIÓN DE LA PERSONA GUARDA DE HECHO
REAL DECRETO 1971/1999 DE 23 DE DICIEMBRE (BOE DE 26 DE
ENERO DE 2000)**

(*) Campos obligatorios

DATOS DE LA PERSONA GUARDA DE HECHO

Tipo de documento (*)	Documento (*)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nombre / Nombre sentido (*)	Primer apellido (*)	Segundo apellido	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tipo de vía	Nombre de vía (*)	Número (*)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bloque	Portal	Piso	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código Postal (*)	Provincia (*)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Municipio (*)	<input type="text"/>		

DATOS DE LA PERSONA A REPRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN GENERAL DE DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD

Tipo de documento (*)	Documento (*)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nombre / Nombre sentido (*)	Primer apellido (*)	Segundo apellido	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tipo de vía	Nombre de vía (*)	Número (*)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bloque	Portal	Piso	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código Postal (*)	Provincia (*)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Municipio (*)	<input type="text"/>		



DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD

Que tiene bajo su guarda y cuidado a la persona anteriormente citada por las razones que a continuación se expresan (*)

Que a su juicio dicha persona no tiene capacidad de autogobierno.

Que la persona presunta incapaz tiene los siguientes familiares

FAMILIAR

Tipo de documento (*)

Documento (*)

Nombre / Nombre sentido (*)

Primer apellido (*)

Segundo apellido

Edad

Tipo de vía

Nombre de vía (*)

Número (*)

Bloque

Portal

Piso

Puerta

Código Postal (*)

Provincia (*)

Municipio (*)

Parentesco

Que, en el supuesto de que prospere la solicitud que tiene formulada en nombre de la persona indicada, asume la obligación de administrar los derechos que pudieran reconocerse con la debida diligencia y en interés de la misma. Asimismo se compromete a comunicar cualquier variación de las circunstancias personales y familiares, ya que pueden tener incidencia en los derechos que en su caso se reconozcan.

Que pondrá en conocimiento de la Dirección General de Dependencia y Discapacidad de forma inmediata cualquier cambio que, en relación a la custodia de la persona presunta incapaz, pueda acaecer en el futuro.

En

, a

Firmantes

UNIDAD DESTINO



Unidad destino: (*)

Consejería de Derechos Sociales, Igualdad, Diversidad y Juventud

CENTRO BASE S/C DE TENERIFE