

ANEXO 2

Solicitud de prestación: I.V.E

(Supuesto del artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo)

Datos de la solicitante

D./D^a.....

con D.N. I:.....

Domicilio a efectos de notificaciones.....nº.....

Localidad..... Provincia..... C.P.....

Tfno.....

Datos del representante

D/D^a.....

con D.N.I..... (adjuntar fotocopia compulsada),

en nombre y representación de la persona arriba referenciada, según se acredita con

Solicita:

La designación de un centro público o concertado en el que se realice a la solicitante la interrupción voluntaria de embarazo con cargo al sistema público.

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

Firma de la solicitante,

Adjunta a la solicitud el documento acreditativo de que ha recibido la información prevista en el artículo 17, apartados 1 y 2 Ley 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Sí

No

SR. DIRECTOR DEL ÁREA DE SALUD DE.....