

**ANEXO I****SOLICITUDE DE ACCESO AO PROXECTO INNOVADOR PARA A PROMOCIÓN DA  
AUTONOMÍA PERSOAL MEDIANTE UN PLAN INTEGRAL DE ACTUACIÓNS SOBRE A  
PERSOA CON DISCAPACIDADE EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DENDE A IDADE  
TEMPERÁ****1. DATOS DA PERSOA SOLICITANTE**

APELIDOS:	NOME:		
DATA DE NACEMENTO:	DNI:		
ENDEREZO:			
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:		
OCUPACIÓN/PROFESIÓN:	ESTUDOS:		
ESCOLARIZACIÓN (ORDINARIO, ESPECIAL):			
CURSO ACTUAL:			
¿TEN RECOÑECIDO OU SOLICITADO O CERTIFICADO DE DISCAPACIDADE?			
SOLICITADO:	CONCEDIDO:	PORCENTAXE:	
DATA DE RESOLUCIÓN:			
¿TEN RECOÑECIDA OU SOLICITADA A SITUACIÓN DE DEPENDENCIA?:			
SOLICITADA:	CONCEDIDA:	GRAO:	DATA DE RESOLUCIÓN:

**2. DATOS DA/ DO TITOR/A OU REPRESENTANTE LEGAL** (só en caso de menores ou persoas que teñan modificada a súa capacidade legal)

APELIDOS:	NOME:
DNI:	
ENDEREZO:	
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:

**3. DATOS MÉDICOS/ CLINICOS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO:	
TIPO DE MOBILIDADE (uso transporte público, transporte adaptado):	DISPOSITIVOS DE AXUDA/PRODUTOS DE APOIO (cadeira de rodas, muletas, andador...)
NECESIDADE DE PERSOA DE APOIO:	

**4. RECURSO SANITARIO DE PROXIMIDADE, ÁREA SANITARIA (UNIDADE OU SERVIZO ESPECIALIZADO)**

NOME DO RECURSO:	UNIDADE ESPECIALIZADA:
FRECUENCIA REVISIÓNS/CONSULTAS:	
TERAPIAS ACTUAIS:	
Continuidade da terapia:	
Frecuencia das sesións:	
Duración de cada sesión:	

Aos efectos oportunos, firmo a presente en Santiago de Compostela a                      de                      de  
20

Asina: Persoa solicitante

Asina: Representante legal  
(se é o caso)

DECLARO: Baixo a miña responsabilidade que son certos os datos consignados na presente solicitude e me comprometo a aportar os xustificantes necesarios para a súa comprobación no caso de que estes me foran requiridos, así como a aceptar as verificacións que procedan. Declaro así mesmo, que son coñecedor da política de privacidade e de protección de datos da Confederación Galega de Persoas con Discapacidade (COGAMI) téndolle outorgado o correspondente e preceptivo consentimento para o tratamento dos datos contidos nesta solicitude.

**INSTRUCCIÓN PARA A CUMPLIMENTACIÓN DA SOLICITUDE DE ADMISIÓN**

**ESCRIBA CON CLARIDADE PARA EVITAR ERROS DE INTERPRETACIÓN E CON LETRA MAIÚSCULA.**

- 1. DATOS IDENTIFICATIVOS DA PERSOA SOLICITANTE:** Debe cumprimentar todos os apartados.
- 1. DATOS RELATIVOS Á SITUACIÓN DE DISCAPACIDADE DA PERSOA SOLICITANTE:** Debe cumprimentar todas as recadros no caso de que a persoa solicitante teña recoñecido algún tipo de discapacidade.
- 2. DATOS RELATIVOS Á SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DA PERSOA SOLICITANTE:** Debe cumprimentar todas os recadros no caso de que a persoa solicitante teña recoñecido algún tipo de discapacidade
- 3. DATOS DA PERSOA TITORA OU REPRESENTANTE LEGAL:** Debe cumprimentar todos os apartados referidos á identidade da persoa titora ou representante legal.
- 4. RECURSO SANITARIO DE PROXIMIDADE, ÁREA SANITARIA (UNIDADE OU SERVIZO ESPECIALIZADO):** Indique o hospital ou centro sanitario de referencia, no cal acude a revisións ou citas médicas. Se está sendo atendido nunha unidade especializada en dito centro, debe indicalo. Así mesmo, especifique se realiza algunha terapia e de ser así de que tipo é.

**DOCUMENTACIÓN QUE SE ACHEGA** a través de correo electrónico: [cegadi@cogami.gal](mailto:cegadi@cogami.gal)

- Fotocopia DNI persoa solicitante.
- Fotocopia DNI persoa titora ou representante legal se é o caso.
- Certificado de discapacidade (se a ten recoñecida ou xustificante de habela solicitado).
- Valoración de dependencia (se a ten recoñecida u xustificante de estar en proceso de valoración).
- Informes médicos actualizados.

**CONTACTO:** 981 11 99 98 / 673 100 650