



PROGRAMA DE TERMALISME VALENCIÀ

PROGRAMA DE TERMALISMO VALENCIANO

☐ Individual
 ☐ Matrimoni/parella de fet
Matrimonio/pareja de hecho
☐ Discapacitat/ada amb acompanyant
Discapacitado/a con acompañante

CODI EXPEDIENT / CÓDIGO EXPEDIENTE

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

DNI / NIF	COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE
DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO	ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	
CP	TELÈFON / TELÉFONO	LOCALITAT / LOCALIDAD
BALNEARIS PREFERENTS / BALNEARIOS PREFERENTES		
1	2	3
MESOS PREFERENTS / MESES PREFERENTES		
1	2	

B DADES DEL CÒNJUGE / PARELLA (només en el cas que sol·licite plaça) DATOS DEL CÓNYUGE / PAREJA (sólo en el caso de que solicite plaza)

DNI / NIF	COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO
-----------	---------------------	--------------	------------------------------------

C DADES DE LA PERSONA ACOMPANYANT (en el cas de persones amb discapacitat igual o superior al 65%) DATOS DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE (en el caso de personas con discapacidad igual o superior al 65%)

DNI / NIF	COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO
-----------	---------------------	--------------	------------------------------------

D EMPLENEU SI VOL UNIR LA SEUA SOL·LICITUD A LA D'UNA ALTRA PERSONA CUMPLIMENTAR SI QUIERE UNIR SU SOLICITUD A LA DE OTRA PERSONA

DNI / NIF	COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE
-----------	---------------------	--------------

E EN CAS DE NECESSITAT, AVISAR A / EN CASO DE NECESIDAD, AVISAR A

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TELÈFON / TELÉFONO
---------------------	--------------	--------------------

F AUTORITZACIÓ D'ACCÉS A DADES PERSONALS A OMLIR PEL SOL·LICITANT AUTORIZACIÓN DE ACCESO A DATOS PERSONALES A RELLENAR POR EL SOLICITANTE

De conformitat amb allò disposat en l'article 5 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell, pel qual s'establixen mesures de simplificació i de reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'administració de la Generalitat i el seu sector públic, AUTORIZO expresament la Conselleria de Justícia i Benestar Social perquè puga accedir a les meues dades personals que hi ha als fitxers que pertanyen a eixa Conselleria i a altres Administracions Públiques als únics efectes de verificació del compliment dels requisits i condicions necessàries per a participar en esta convocatòria i a la comunicació, als Establiments Termals, de la identitat, adreça i telèfon dels interessats per a fins relacionats amb el programa.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell, por el que se establecen medidas de simplificación y reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la administración de la Generalitat y su sector público, AUTORIZO expresamente a la Conselleria de Justicia y Bienestar Social para que pueda acceder a mis datos personales obrantes en los ficheros pertenecientes a esa Conselleria o a otras Administraciones Públicas a los únicos efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones necesarios para participar en la presente convocatoria y a la comunicación, a los Establecimientos Termales, de la identidad, dirección y teléfono de los interesados para fines relacionados con el programa.

☐ SÍ
 ☐ NO

_____, _____ d _____ del _____
 La persona sol·licitant / La persona solicitante
 La persona cònjuge o parella
 La persona cónyuge o pareja

Firma: _____ Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE



PROGRAMA DE TERMALISME VALENCIÀ

PROGRAMA DE TERMALISMO VALENCIANO

☐ Individual
 ☐ Matrimoni/parella de fet
Matrimonio/pareja de hecho
☐ Discapacitat/ada amb acompanyant
Discapacitado/a con acompañante

CODI EXPEDIENT / CÓDIGO EXPEDIENTE

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

DNI / NIF	COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE
DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO	ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	
CP	TELÈFON / TELÉFONO	LOCALITAT / LOCALIDAD
BALNEARIS PREFERENTS / BALNEARIOS PREFERENTES		
1	2	3
MESOS PREFERENTS / MESES PREFERENTES		
1	2	

B DADES DEL CÒNJUGE / PARELLA (només en el cas que sol·licite plaça) DATOS DEL CÓNYUGE / PAREJA (sólo en el caso de que solicite plaza)

DNI / NIF	COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO
-----------	---------------------	--------------	------------------------------------

C DADES DE LA PERSONA ACOMPANYANT (en el cas de persones amb discapacitat igual o superior al 65%) DATOS DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE (en el caso de personas con discapacidad igual o superior al 65%)

DNI / NIF	COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO
-----------	---------------------	--------------	------------------------------------

D EMPLENEU SI VOL UNIR LA SEUA SOL·LICITUD A LA D'UNA ALTRA PERSONA CUMPLIMENTAR SI QUIERE UNIR SU SOLICITUD A LA DE OTRA PERSONA

DNI / NIF	COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE
-----------	---------------------	--------------

E EN CAS DE NECESSITAT, AVISAR A / EN CASO DE NECESIDAD, AVISAR A

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TELÈFON / TELÉFONO
---------------------	--------------	--------------------

F AUTORITZACIÓ D'ACCÉS A DADES PERSONALS A OMLIR PEL SOL·LICITANT AUTORIZACIÓN DE ACCESO A DATOS PERSONALES A RELLENAR POR EL SOLICITANTE

De conformitat amb allò disposat en l'article 5 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell, pel qual s'establixen mesures de simplificació i de reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'administració de la Generalitat i el seu sector públic, AUTORIZO expresament la Conselleria de Justícia i Benestar Social perquè puga accedir a les meues dades personals que hi ha als fitxers que pertanyen a eixa Conselleria i a altres Administracions Públiques als únics efectes de verificació del compliment dels requisits i condicions necessàries per a participar en esta convocatòria i a la comunicació, als Establiments Termals, de la identitat, adreça i telèfon dels interessats per a fins relacionats amb el programa.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell, por el que se establecen medidas de simplificación y reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la administración de la Generalitat y su sector público, AUTORIZO expresamente a la Conselleria de Justicia y Bienestar Social para que pueda acceder a mis datos personales obrantes en los ficheros pertenecientes a esa Conselleria o a otras Administraciones Públicas a los únicos efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones necesarios para participar en la presente convocatoria y a la comunicación, a los Establecimientos Termales, de la identidad, dirección y teléfono de los interesados para fines relacionados con el programa.

☐ SÍ
 ☐ NO

_____, _____ d _____ del _____
 La persona sol·licitant / La persona solicitante

 La persona cònjuge o parella
 La persona cónyuge o pareja

Firma: _____ Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

CJAAPP - IAC

DIN - A4



PROGRAMA DE TERMALISME VALENCIÀ

PROGRAMA DE TERMALISMO VALENCIANO

SOL·LICITANT SOLICITANTE

CÓNJUGE O PARELLA CÓNYUGE O PAREJA

COGNOMS / APELLIDOS

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

NOM / NOMBRE

INFORME MÈDIC / INFORME MÉDICO

DADES DEL/DE LA DOCTOR/A / DATOS DEL/ DE LA DOCTOR/A

COGNOMS / APELLIDOS

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

NÚM COL·LEGIAT/A / Nº COLEGIADO/A

NOM / NOMBRE

NÚM COL·LEGIAT/A / Nº COLEGIADO/A

DIAGNÒSTIC / DIAGNÓSTICO

DESCRIPCIÓ / DESCRIPCIÓN

DESCRIPCIÓ / DESCRIPCIÓN

HI HA CAP TIPUS DE CONTRAINDICACIÓ PER A REBRE EL TRACTAMENT TERMAL? ¿EXISTE ALGÚN TIPO DE CONTRAINDICACIÓN PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO TERMAL?

☐ NO☐ Sí. Especifiqueu:
Especificar:1. Es val per si mateix/a per a les activitats de la vida diària
Se vale por si mismo/a para las actividades de la vida diaria ☐ Sí ☐ NO2. Utilitza cadira de rodes per a desplaçar-se
Utiliza silla de ruedas para desplazarse ☐ Sí ☐ NO3. Presenta trastornos de comportament que puguem produir
alteracions en la convivència d'un centre residencial col·lectiu
Presenta trastornos de comportamiento que pueden producir
alteraciones en la convivencia de un centro residencial colectivo ☐ Sí ☐ NO☐ NO☐ Sí. Especifiqueu:
Especificar:1. Es val per si mateix/a per a les activitats de la vida diària
Se vale por si mismo/a para las actividades de la vida diaria ☐ Sí ☐ NO2. Utilitza cadira de rodes per a desplaçar-se
Utiliza silla de ruedas para desplazarse ☐ Sí ☐ NO3. Presenta trastornos de comportament que puguem produir
alteracions en la convivència d'un centre residencial col·lectiu
Presenta trastornos de comportamiento que pueden producir
alteraciones en la convivencia de un centro residencial colectivo ☐ Sí ☐ NO

OBSERVACIONS D'INTERÉS / OBSERVACIONES DE INTERÉS

_____, _____ d _____ del _____
Segell / Sello

Firma: _____

_____, _____ d _____ del _____
Segell / Sello

Firma: _____

(1/1) EXEMPLAR PER A L'ADMINISTRACIÓ / EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN

CJAAPP - IAC

DIN - A4