

**INFORMACIÓN RELATIVA AL INFORME DE SALUD QUE SE ACOMPAÑARÁ A LA  
SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

Los ciudadanos podrán solicitar el informe de salud en su Centro de Salud, entregando al personal de la unidad administrativa la hoja de petición (Anexo I). En caso de que vaya a recogerlo otra persona distinta del solicitante, se utilizará el modelo de recogida adjunto (Anexo II). **NO ES NECESARIO SOLICITAR CITA A SU MÉDICO DE FAMILIA O PEDIATRA.**

# PETICIÓN DE INFORME DE SALUD PARA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

## Datos del solicitante

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

con D.N.I.nº: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Tfno.: \_\_\_\_\_

## Datos del representante legal (sólo en el caso de discapacidad o menor de edad)

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

con D.N.I.nº: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Tfno.: \_\_\_\_\_

## SOLICITO

La emisión del informe de salud, para su presentación en el proceso de tramitación de reconocimiento de situación de dependencia recogido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Fecha:

Firma del interesado

En caso de menores, firma del padre, madre o titular

## RECOGIDA DEL INFORME DE SALUD PARA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

El solicitante se identificará en la unidad administrativa del Centro de Salud para la recogida del Informe. Si el Informe de Salud fuera recogido por otra persona distinta del solicitante, será preciso la autorización del mismo a la persona que va a recogerlo, según el siguiente modelo, aportando fotocopia del DNI del titular del informe solicitado.

### Datos del solicitante

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

con D.N.I.nº: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Tfno.: \_\_\_\_\_

### Datos del representante legal (sólo en el caso de discapacidad o menor de edad)

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

con D.N.I.nº: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Tfno.: \_\_\_\_\_

### AUTORIZO

La recogida de mi informe de salud, para su presentación en el proceso de tramitación de reconocimiento de situación de dependencia recogido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Fecha:

Firma del interesado

En caso de menores, firma del padre, madre o titular