



## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SERVICIO DE LOGOPEDIA

### 1. DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:

Apellidos y Nombre:				N.I.F.:		Estado Civil:	
Fecha Nacimiento (dd/mm/aa):		Sexo:		Nacionalidad:		Domicilio:	
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer							
Localidad:			Provincia:		Teléfono de Contacto:		Correo electrónico de contacto:

### 2. DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE (EN EL CASO DE MENORES DE EDAD):

Apellidos y Nombre:				N.I.F.:		Estado Civil:	
Fecha Nacimiento (dd/mm/aa):		Sexo:		Nacionalidad:		Domicilio:	
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer							
Localidad:			Provincia:		Teléfono de Contacto:		Parentesco con el solicitante:

**SOLICITO** el uso del servicio de logopedia según el siguiente detalle (marcar con "X" la opción deseada):

Numero de sesiones semanales (Duración 45 minutos)	Coste mensual del servicio
<input type="checkbox"/> Una Sesión semanal	25 euros.
<input type="checkbox"/> Dos Sesiones semanales	35 euros.

### DOCUMENTACION APORTAR:

1. NIF. DEL PACIENTE Y/O TUTOR LEGAL.
2. LIBRO DE FAMILIA (MENORES DE EDAD).
3. INFORME/DIAGNOSTICO MEDICO QUE JUSTIFIQUE LA NECESIDAD.
4. FICHA DE TERCERO BANCARIA.

En Argamasilla de Alba, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Fdo.: \_\_\_\_\_

Ayuntamiento de Argamasilla de Alba

c/ León Felipe s/n  
13710- Argamasilla de Alba/Ciudad Real  
Telf.: 926 521 183 Fax: 926 039 511  
Correo-e: [coordinadorcs@argamasilladealba.es](mailto:coordinadorcs@argamasilladealba.es)