



Nº C.O.V.: .....

Nº EXPEDIENTE: .....

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE MINUSVALÍA**  
R.D. 1971/1999 de 23 de diciembre (B.O.E. de 26 de enero de 2000)

**I. DATOS DEL INTERESADO**

**1. Motivo de la valoración. (Señale con X lo que proceda)**

<input type="checkbox"/> Valoración Inicial	Revisión por: Agravamiento <input type="checkbox"/> Mejoría <input type="checkbox"/>
---	--

**2. Datos personales del/de la interesado/a**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE			Nº D.N.I.		
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL		
DOMICILIO (c/. plaza)		Nº	Blq.	Esc.	Piso	Pta.	C. POSTAL
LOCALIDAD		PROVINCIA			TELÉFONO		

**3. Datos culturales y profesionales del/de la interesado/a:**

Estudios realizados o que realiza actualmente (táchese lo que no proceda)	
Tipo de minusvalía:	Situación laboral actual
FISICA <input type="checkbox"/>	
PSIQUICA <input type="checkbox"/>	

**II. DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE			Nº D.N.I.		
DOMICILIO (c/. plaza)		Nº	Blq.	Esc.	Piso	Pta.	C. POSTAL
LOCALIDAD		PROVINCIA			TELÉFONO		
RELACIÓN CON EL/LA INTERESADO/A		REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>					
		GUARDADOR DE HECHO <input type="checkbox"/>					

**DECLARO** bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autorizo a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos.

El Instituto Foral de Bienestar Social le informa que los datos aportados serán tratados de forma informatizada, teniendo derecho a su acceso, rectificación y cancelación de conformidad con lo previsto en el Artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En ..... a ..... de ..... de 200 .....

Fdº: .....

A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL