

MODALIDAD SOLICITADA AL SERVICIO RESPIRO FAMILIAR

ESTANCIAS

Fecha de inicio		Fecha de baja	
Nº total de días			
Lugar de realización	<input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Residencia		
Dirección			

- Estancia Corta (*hasta 3 días de atención*)
- Estancias Media (*de 4 a 7 días de atención*)
- Estancia Larga (*de 8 a 15 días de atención*)

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite mediante la cumplimentación del presente formulario pasarán a formar parte de un fichero propiedad de FEAPS CLM y se utilizarán para la gestión, administración y mantenimiento de los servicios contratados. FEAPS CLM garantiza la seguridad y confidencialidad de los datos aportados. Asimismo, le informamos que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en: FEAPS CASTILLA-LA MANCHA, C/ Dublín, 1, 1º – 45003 Toledo