



▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA	Buruko gaixotasuna duten pertsonentzako atsedeen programa Programa de respiro para personas con enfermedad mental	2026
 Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social		
▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/	Plaza eskaerarako inprimakia Solicitud de plaza	

1. Datu pertsonalak ■ Datos de la persona solicitante

Abizenak ■ Apellidos

Izena ■ Nombre

Helbidea ■ Dirección

Herria ■ Municipio

Posta kodea ■ Código postal

Kontaktatzeko telefonoa ■ Telf. contacto

Jaioteguna ■ Fecha de nacimiento

Sexu ■ Sexo

NAN ■ DNI

Telefono finkoa ■ Teléfono fijo

Sakelako telefonoa ■ Teléfono móvil

E-mail

Menpekotasunaren balorazioa edo gradua

Valoración o grado de dependencia

Desgaitasunaren gradua

Grado de discapacidad

Eskaera egiteko eskatzen diren baldintzak betetzen dituela ADIERAZTEN DU:

EXPONE que considera reunir los requisitos exigidos para solicitar:

Datak ■ Fechas

Aukeratutako datak, (lehentasun hurrenkeraz. 1, 2, 3 Markatu. Gehienez hiru data)

Fechas elegidas (por orden de prioridad. Se debe marcar 1, 2, 3. Máximo tres fechas)

Irailaren 17tik 20ra Santander (Kantabria Erkidegoa)
Del 17 al 20 de septiembre. Santander (Cantabria)

Irailaren 28tik urriaren 1era Gijon (Asturias Erkidegoa)
Del 28 septiembre al 1 de octubre. Gijón (Asturias)

Urriaren 15etik 18ra Leon (Gaztela eta Leongo Erkidegoa)
Del 15 al 18 de octubre. León (Comunidad Castilla-León)

Urriaren 26tik 29ra Segovia (Gaztela eta Leongo Erkidegoa)
Del 26 al 29 de octubre. Segovia (Comunidad Castilla-León)

2. Ahaidea, egitatezko zaintzailea edo harremanetarako persona

Familiar, guardador/a de hecho o persona de contacto

Izen abizenak

Nombre y apellidos

Eskatzailearekiko harremana

Relación con la persona solicitante

Telefona ■ Teléfono**3. Adierazi Zainduz Atsedeen Programan parte hartzen duen beste pertsona batekin joan nahi baduzu**

Indicar si deseas participar con otra persona solicitante de plaza en el Programa Respiro "Zainduz"

Izen abizenak

Nombre y apellidos

Eskatzailearekiko harremana

Relación con la persona solicitante

 -(n), 20 -(e)ko -ren -(e)an

 En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Dokumentu hau sinatuz, goian sinatzen duenak adierazten du informatuta dagoela eta **DBLO Lege Oharrean** (012. eranskina) aipatutako baimena ematen duela, bere datu pertsonalak erabil ditzan Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeak.

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.