



**FUNDACIÓN HOSPITAL DEL SANTO**  
C.I.F.:G-26013904



## SOLICITUD DE INGRESO

D/Dª \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_ y nº Seguridad Social \_\_\_\_\_

Natural de \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domiciliada en : c/ \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

### EXPONE

Al Patronato de la **FUNDACIÓN HOSPITAL DEL SANTO**, su deseo de ser admitido/a en la Residencia de esa Fundación, por los siguientes motivos:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Que para ello acompaña a la presente solicitud, **CERTIFICADO MÉDICO**, en el que se especifican cualquier tipo de enfermedad mental, las relacionadas con el alcoholismo ó similares, otras que pudieran hacer problemática la convivencia, además de manifestar si puede ó no valerse por sí mismo/a.

Agradece que por lo anteriormente expuesto, sea tenida por presentada esta solicitud de ingreso, así como una resolución favorable de la misma.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMADO

### DOMICILIACIÓN BANCARIA

Sr. Director del Banco / Caja \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Autorizo el adeudo en mi cuenta nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ de los recibos que Fundación Hospital del Santo, gire a mi nombre.

FIRMADO

Le informamos de que, en cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, los datos que se recaben relativos a su persona, serán tratados como Responsable por FUNDACIÓN HOSPITAL DEL SANTO, domiciliada en Santo Domingo de la Calzada c/ San Francisco nº 2, que tiene como finalidad la gestión y administración de su solicitud de ingreso. Además, la firma de este documento significa la autorización y, por tanto, el consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos de salud aportados junto a la solicitud. Las bases jurídicas para el tratamiento de sus datos es el consentimiento prestado.

Le informamos tanto de que no se cederán sus datos a terceros, como de que no se realizarán transferencias internacionales de datos, salvo obligación legal, cesión necesaria para la ejecución del contrato o que usted preste el consentimiento expreso.

Puede ejercer en todo momento sus derechos de acceso, rectificación supresión y oposición, así como su derecho a solicitar la limitación del tratamiento o realizar la portabilidad de sus datos en la dirección arriba indicada. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos como Autoridad de Control.

Por último, para obtener una información más exhaustiva acerca del tratamiento que la Fundación realiza de sus datos personales, puede consultar nuestra política de privacidad a través de la página web [www.hospitaldeslsanto.com](http://www.hospitaldeslsanto.com).



**FUNDACIÓN HOSPITAL DEL SANTO**  
C.I.F.:G-26013904



Premio Rioja Excelencia Empresarial  
E Bronce Año 2017

## **INFORME DEL PATRONATO**

Vista la Solicitud de Ingreso formulada al dorso, por D/D<sup>a</sup>

La Comisión Permanente, celebrada con fecha \_\_\_\_\_ ACUERDA:

---

---

---

---

---

---

---

En Santo Domingo de la Calzada, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL SECRETARIO

Vº Bº EL/LA PRESIDENTE