

CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE DISCAPACIDADES

SOLICITUD DE INGRESO

Macará, ___ de _____ del 202_

Lcda.
Karol Yelena Otero Novillo
**DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE
ACCIÓN SOCIAL DEL GAD MACARÁ.**
Ciudad. -

De mi consideración:

Yo, _____ **CON CED.** _____ de ___ años
de edad solicito muy comedidamente se me conceda el ingreso a la Institución que Usted
muy acertadamente dirige.

Requiere ingreso a: AREA DE _____ -

Diagnóstico: _____

Por la atención que se digna dar a la presente le anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,

(Nombre de Usuario)

CED.

(Nota: en caso de ser menor de edad, quien solicita el servicio es el representante.)

CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE DISCAPACIDADES

FICHA DE INGRESO

FECHA: ___ de _____ de 202_

APELLIDOS:

NOMBRES:

CED.

ESTADO CIVIL:

FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__.

EDAD: ___ años

NOMBRE DEL PADRE:

NOMBRE DE LA MADRE:

DIRECCIÓN: Barrio/calle

TELÉFONO: Fijo/celular

SOLICITA INGRESO: AREA DE ...

DIAGNÓSTICO: ...

PERSONA: SIN DISCAPACIDAD ()
CON DISCAPACIDAD ()

POSEE CARNET DEL CONADIS: SI () NO ()

TIPO DE DISCAPACIDAD: ...

PORCENTAJE: ___%

OBSERVACIONES: _____

TERAPISTA: -----

MES:

FOTO

H.C.:

(Asignada por el Departamento)



GAD MUNICIPAL DE MACARÁ

ADMINISTRACIÓN 2023 - 2027

.....
.....

**DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO
ACCIÓN SOCIAL MACARA**

**SECRETARIA EJECUTIVA
DEL D.A.S.**



07 2694 071 - 07 2694 219 - 07 2695 050



informacion@municipiomacara.gob.ec



www.municipiomacara.gob.ec



Calle Bolívar y Sucre