

Solicitud de silla de ruedas motorizada

Datos del socio

Nombre y Apellido	N° de Socio	Edad
-------------------	-------------	------

1) Su patología le permite propulsarse

Si No

(Cualquier alternativa elegida explicar de manera técnico-profesional)

2) Actividades del paciente

Si No

(Intra o extra domiciliario)

En caso afirmativo descripción de la misma

3) Características edilicias, calles y veredas del lugar que habita

• Habitaciones, movimientos de giros: Si No

• Pisos de material: Si No

• Medidas de aberturas: _____ Desniveles: Si No

• Calles asfaltadas Si No Veredas: Si No

• Rampas Si No

• Asistencia médica o paramédica domiciliaria Si No

Observaciones:

Patología oftalmológica Si No Cardiológica Si No

Especificar.

Opinión del médico fisiatra:

Fecha y Lugar	Sello y Firma
---------------	---------------

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.