



## ANEXO I

Centro Social de Maiores Oza-Cesuras

### SOLICITUDE DE PERSOA USUARIA

INTERESADO (PERSONA USUARIA)		
NOME e APELIDOS		
SEXO	ESTADO CIVIL	NIF
DATA NACEMENTO	TELÉFONO/S	
ENDEREZO		
<b>EN CASO DE URXENCIA AVISAR A:</b>		
NOME e APELIDOS		
PARENTESCO	TELÉFONO/S	

**TIPO USUARIO:**

- USUARIO HABITUAL**
- USUARIO ESPORÁDICO**

**QUENDA ESCOLLIDA:**

a) Xornada Completa:

- Opción 1 – xornada completa (Horario de 08:00h a 16:00h)
- Opción 2 - xornada completa (Horario de 09:00h a 17:00h)
- Opción 3 - xornada completa (Horario de 10:00h a 18:00h)
- Opción 4 - xornada completa (Horario de 11:00h a 19:00h)
- Opción 5 - xornada completa (Horario de 09:00h a 13:00h e de 15:00 a 19:00h)

b) Media Xornada:

- Opción 1 – media xornada (Horario de 09:00h a 13:00h)
- Opción 2 – media xornada (Horario de 15:00h a 19:00h)



**Declaro baixo a miña responsabilidade que:**

- Que teño 65 anos ou máis
- Que teño máis 60 anos (previa valoración dos servizos sociais municipais).
- Non padezo enfermidade infecto-contaxiosa (achego informe médico).
- Non padezo alzheimer nin outras enfermidades neurodexenerativas, nin trastornos mentais ou conductuais non compensados que poidan alterar a convivencia no centro
- Alerxias e intolerancias á inxestión e/ou ao contacto que, no seu caso, padeza a persoa solicitante (achego informe médico)
- Autorizo a consulta no padrón municipal de habitantes.

**Designo as seguintes persoas de contacto habituais:**

<u>NOME E APELIDOS</u>	<u>VÍNCULO AFECTIVO</u>	<u>TELÉFONO</u>

Oza-Cesuras, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

O/A SOLICITANTE

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DO CONCELLO DE OZA-CESURAS

*O interesado será o único responsable en caso de falsidade ou inexactitude dos datos declarados no presente documento.*



## ANEXO I

Centro Social de Maiores Oza-Cesuras

### INFORME MÉDICO

Emitido \_\_\_\_\_ polo \_\_\_\_\_ Doutor/a  
D/Dña.: \_\_\_\_\_

Colexiado nº: \_\_\_\_\_ Médico de: \_\_\_\_\_

#### Relativo a D/Dña.:

Nome e Apellidos	Data Nacemento	de	DNI	Sexo	Estado Civil
Enderezo	Teléfono				

¿Padece enfermidade infecto-contaxiosa?

ðSÍ ðNON

¿Padece alerxias e intolerancias á inxestión e/ou ao contacto?

ðSÍ ðNON

Cales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En Oza-Cesuras a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Asdo: \_\_\_\_\_



## **ANEXO II**

**Centro Social de Maiores Oza-Cesuras**

### **PROGRAMA DE ACTIVIDADES**

- Taller de memoria
- Podoloxía
- Fisioterapia
- Actividades físicas para maiores
- Partida de cartas, dominó, manualidades, xogos de mesa