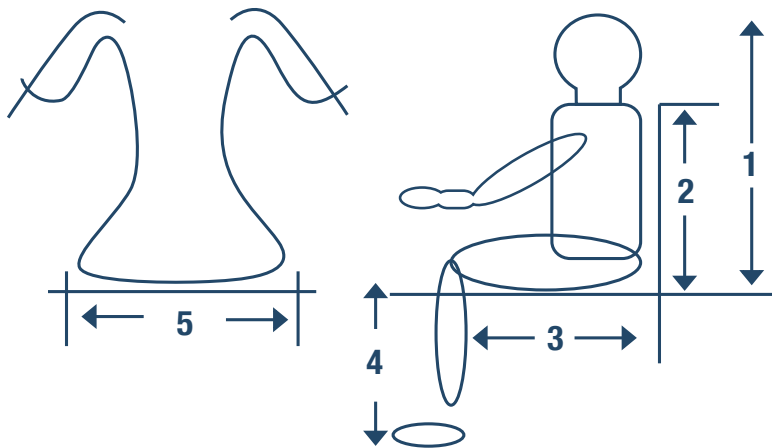


SOLICITUD

Nombre:									
Dirección:									
Teléfono:					Celular:				
e-mail:									
Padecimiento:									
Tiempo que ha padecido:									
Naturaleza del padecimiento: <i>Nacimiento:</i> <i>Accidente:</i> <i>Otro:</i>									
Edad:		Sexo:		Peso:					
Talla de silla de ruedas actual:							Sufre de llagas? SI:		NO:
¿Recibe terapia?: Sí:			No:		Control de Cabeza: Sí:		No:		
Equipo, Aparato o tipo de silla que necesita:									
Nombre del responsable:									
Dirección:					Teléfono:				
Ocupación:									

MEDIDAS



- 1.- DE LA CABEZA A LA SILLA: _____ plg.
- 2.- DEL HOMBRO A LA SILLA: _____ plg.
- 3.- DE LA RODILLA AL RESPALDO DE LA SILLA: _____ plg.
- 4.- DE RODILLA AL SUELO: _____ plg.
- 5.- ANCHO DE LA CADERA: _____ plg.

Fecha de solicitud:		
Fecha de entrega:		

Firma del interesado

Nota:

Favor de anexar a la presente solicitud:

- Copia de la credencial de elector del responsable del beneficiado
- Copia de su comprobante de domicilio
- Copia de certificado medico reciente, en el que se haga mención del padecimiento del beneficiado
- Foto de cuerpo completo del beneficiario

AVISO DE PRIVACIDAD

El artículo tercero transitorio de la Ley para la Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LPDPPP) establece que los responsables expedirán el aviso de privacidad de conformidad con lo dispuesto en los artículos 16 y 17 de la LPDPPP. Por lo anterior, ponemos a su disposición nuestro aviso de privacidad en www.jxc.org.mx. Se presume que usted consiente tácitamente en el tratamiento de sus datos mientras no manifieste su oposición.