**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE PERSONA CON DISCAPACIDAD**

**Lugar y Fecha**: ……………………………………………………

Señores,

Dirección Nacional de Discapacidades y/o Coordinación Zonal…….. – Salud

Yo, **nombres completos**, con número de documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_, solicito la certificación del registro en la base de datos del Ministerio de Salud Pública, de la calificación de discapacidad de:

Datos de la persona con discapacidad:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer apellido** | **Segundo apellido** | **Primer nombre** | **Segundo nombre** | **Número de documento de identificación** |
|  |  |  |  |  |

Por motivo de: ………………………………………………………………….…………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Atentamente,**

Firma del usuario/paciente o huella digital: ……………………………………………………………………

Número de teléfono de contacto: ……………………………………………………………………

Correo electrónico: ……………………………………………………………………

Si el usuario/paciente no está en capacidad para firmar la solicitud:

Datos del representante legal.

Firma: ……………………………………………………………………

Nombres y apellidos: ……………………………………………………………………

Número de documento de identificación: ……………………………………………………………………

Parentesco: ……………………………………………………………………

Número de teléfono de contacto: ……………………………………………………………………

Correo electrónico: ……………………………………………………………………