



SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA A MENORES  
A TRAVÉS DEL FONDO DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO  
DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

**Datos de la Entidad sin ánimo de lucro**

Nombre de la Entidad:  CIF:

Domicilio social:

Datos Registro:

• Registro de Asociaciones:  código nº:

• Otros Registros:  código nº:

• Registro de Agentes de la Cooperación para el Desarrollo de Andalucía,

Nº de inscripción:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

**Datos del menor**

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:  /  /

País /ciudad de procedencia:

Periodo de estancia: de  /  /  a  /  /

Patología y necesidad quirúrgica:



**Datos acompañante**

Nombre y apellidos:

Vínculo:

Nº pasaporte:

**La Entidad se compromete a:**

- que la finalidad del viaje es exclusivamente una intervención quirúrgica reparadora de su patología.
- que la persona acompañante permanezca con el menor hasta su vuelta.
- la cobertura económica del viaje de ida y vuelta así como el alojamiento y manutención del paciente y su acompañante.
- hacerse cargo de los gastos del seguro de viaje, médico, de responsabilidad civil y de repatriación de cadáveres y asume todos los costes médicos extrahospitalarios, así como cualquier gasto farmacéutico necesario.
- no iniciar ningún trámite de adopción del/de la menor, en tanto se encuentre en territorio español.

**Documentación que se adjunta**

1. Certificado en el que se hace constar que la operación no se puede realizar en dicho país.

2.

3.

4.

5.

En , a  de  de

(sello)

Firmado en calidad de representante de la entidad sin ánimo de lucro por:

Nombre y apellidos:

DNI:  Cargo: