

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: