

Solicitud de participación no Consello Asesor de pacientes na Área sanitaria de A Coruña e Cee

D/Dna. _____
en calidade de _____
da asociación _____
con domicilio social en _____

Solicito,

téñase en conta a miña candidatura para a constitución do Consello Asesor de Pacientes de A Coruña e Cee.

Segundo a Disposición adicional primeira da Orde do 16 de outubro de 2018 pola que se regula a incorporación de asociacións de pacientes aos Consellos Asesores de pacientes de área, achégase:

- **Copia auténtica** dos estatutos da asociación, así como os documentos que acrediten a representación legal da asociación por parte da persoa que presenta a solicitude.

No caso de que a asociación teña un ámbito territorial de actuación superior ao dunha área de saúde indicar:

- Se forma parte do Consello Asesor de Pacientes de Galicia: SI NON
- Consellos asesores de pacientes de área dos que xa forme parte a asociación:

- Nome das persoas que representan a asociación, como vogal e como suplente, en cada consello asesor de pacientes de área dos que xa forme parte:

Consello / Área	Asociación	Vogal	Suplente

En A Coruña, a _____ de _____ de 20 _____

Sinatura

Asdo. _____

Solicitud de participación en el Consejo Asesor de pacientes en el Área sanitaria de A Coruña y Cee

D/Dña. _____
en calidad de _____
de la asociación _____
con domicilio social en _____

Solicito,

se tenga en cuenta mi candidatura para la constitución del Consejo Asesor de Pacientes de A Coruña y Cee.

Según la Disposición adicional primera de la Orden del 16 de octubre de 2018 por la que se regula la incorporación de asociaciones de pacientes a los Consejos Asesores de pacientes de área, se adjunta:

- **Copia auténtica** de los estatutos de la asociación, así como los documentos que acrediten la representación legal de la asociación por parte de la persona que presenta la solicitud.

En el caso de que la asociación tenga un ámbito territorial de actuación superior al de un área de salud indicar:

- Si forma parte del Consejo Asesor de Pacientes de Galicia: SI NO

- Consejos asesores de pacientes de área de los que ya forme parte la asociación:

- Nombre de las personas que representan la asociación, como vocal e como suplente, en cada consejo asesor de pacientes de área de los que ya forme parte:

Consejo / Área	Asociación	Vocal	Suplente

En A Coruña, a _____ de _____ de 20 _____

Firma

Fdo. _____