



Hospitalidad de Ntra. Sra. de Lourdes

Ronda de Buenavista, 31 - Bq.1, ptal.2
Teléfono 925 250 356

45005 TOLEDO

FICHA DEL ENFERMO

D _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO _____ **CP** _____

LOCALIDAD _____

_____ **TLF** _____

¿ASISTIÓ COMO ENFERMO A PEREGRINACIONES ANTERIORES? _____

¿QUÉ AÑOS? _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL FAMILIAR MÁS CERCANO: _____

TELÉFONO _____

OBSERVACIONES: Indique los datos que considere necesarios, para atenderle debidamente:

Señor presidente:

El abajo firmante, D. deseando participar como enfermo en la próxima peregrinación a Lourdes (Francia) que esa hospitalidad organiza los días, solicita de Vd. ser admitido en ella, por cuyo fin ha completado el presente formulario, el que suscribe D. en calidad de **(1)**exime de toda responsabilidad al Consejo y miembros de la Hospitalidad de Ntra. Sra. de Lourdes Toledo, por todo accidente o incidente, sea de la clase que fuere, que pudiera sobrevenir al solicitante desde que sale de su domicilio hasta su regreso al mismo una vez terminada la peregrinación.

Al mismo tiempo queda informado de que esta solicitud no da por supuesta la admisión sino que está condicionada a la decisión razonable de la Junta Médica de admisión.

De acuerdo con lo establecido en la LEY Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incluidos en un fichero del que es titular la HOSPITALIDAD DE NTRA. SRA. DE LOURDES DE TOLEDO. Dicho fichero puede ser rectificado o cancelado por su parte, dirigiéndose al responsable de la Hospitalidad de Ntra. Sra. de Lourdes de Toledo.

Autorizo a la HOSPITALIDAD DE NTRA. SRA. DE LOURDES DE TOLEDO el uso de imágenes más relacionadas con la Peregrinación al Santuario de Lourdes.

..... de..... de 20.....

Firma del que otorga el consentimiento

Firma del enfermo

(1) *Marido, esposa, hijo, padre, madre, tutor, hermano, director, superior de institución.*

AVISO IMPORTANTE

- Esta solicitud debe ser cumplimentada a máquina o letra de imprenta, llenando con la máxima claridad todos sus apartados.
- No solicitará AMBULANCIA por parte del enfermo o de sus familiares, a no ser en caso realmente necesario y de acuerdo con la JUNTA MÉDICA DE LA HOSPITALIDAD.
- El transporte al sitio de salida y lugar de llegada, IDA Y VUELTA, correrá a cargo del enfermo, de sus familiares o de la institución donde resida.

MEDICAMENTOS Y DOSIS:

NOTA IMPORTANTE: Rogamos que los enfermos lleven consigo los medicamentos que toman habitualmente y fotocopia del informe médico

