



**SOLICITUD DE
ALOJAMIENTO DE ESTUDIANTES
CON PERSONAS MAYORES
O CON DISCAPACIDAD**

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombre: D.N.I., N.I.E o pasaporte:
Correo Electrónico: Domicilio familiar:
Nº: Piso: Letra: Población:
Código Postal: Provincia: País: Teléfono 1: Teléfono 2:
Lugar y fecha de nacimiento (años) Nacionalidad:

SITUACIÓN ACADÉMICA

Facultad o E.T.S. donde realiza sus estudios:
Grado /Máster/Doctorado en el que se encuentra matriculado:
Duración del periodo de convivencia: Periodos (especificar):
 Curso completo Cuatrimestre 1º 2º

DATOS FAMILIARES (Miembros de la unidad familiar que conviven en el domicilio de origen con el/la solicitante)

Parentesco	Nombre y Apellidos	Edad	Profesión

SITUACIÓN ECONÓMICA

¿Dispone de beca? Sí No Cuantía: Institución que la proporciona:

Ingresos mensuales de que dispone para sus estudios (señale la casilla correspondiente)

Menos de 200 euros Entre 201-300 euros Entre 401-500 euros Más de 500 euros

SITUACIÓN DE SALUD

¿Es fumador/a?:
Alergias conocidas:
¿Está recibiendo actualmente algún tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico?:
En caso de presentar discapacidad, indique las características de las mismas y grado reconocido:

Otros datos que considere de interés:

MOTIVACIONES Y VIAS DE INFORMACIÓN

Especificar las motivaciones por las que desea participar en el Programa (económicas, solidarias, otras, etc.)

¿A través de qué medio se ha informado de este programa?

PREFERENCIAS DE LA SOLICITUD DEL ALOJAMIENTO

Persona mayor Matrimonio Persona con discapacidad Indistintamente

Zona de preferencia del alojamiento:

PRESTACIONES QUE ESTARÍA DISPUESTO/A A REALIZAR:

- Hacerle compañía
- Acompañamiento a realizar gestiones
- Pequeñas compras
- Otras actividades de apoyo (especificar)

HORARIO DE CLASES

1° Cuatrimestre:

2° Cuatrimestre:

OBSERVACIONES (experiencia en relación a este programa y a la convivencia o trato con personas mayores o con discapacidad en cualquier otro programa)