

Nº Expte.:

## DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA SOLICITANTE DEL CERTIFICADO

Nombre y Apellidos		DNI/NIE	
Domicilio		Nº	Piso
Población	C. Postal	Teléfono	

## DATOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Nombre y Apellidos	DNI/NIE
--------------------	---------

La persona solicitante, como cuidadora de la persona beneficiaria de prestación económica para cuidados en el entorno familiar citada anteriormente, **solicita un certificado de su reconocimiento como persona cuidadora no profesional.**

Solicito que se envíe el certificado a mi domicilio

Recogeré el certificado en el Registro del ICASS en el plazo de una semana  
(C/ General Dávila 87 de Santander)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma