



ANEXO

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR EL CERTIFICADO DEL
REGISTRO CENTRAL DE DELINCUENTES SEXUALES**

PRIMER APELLIDO (como aparece en el documento de identidad DNI ó NIE)	SEGUNDO APELLIDO (como aparece en el documento de identidad DNI ó NIE)	NOMBRE (como aparece en el documento de identidad DNI ó NIE)
DNI ó NIE	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	PAÍS DE NACIONALIDAD
PAÍS DE NACIMIENTO	PROVINCIA DE NACIMIENTO	LOCALIDAD DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE (como aparece en el documento de identidad DNI ó NIE)		NOMBRE DE LA MADRE (como aparece en el documento de identidad DNI ó NIE)
TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	
DOMICILIO		
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA

AUTORIZA al Servicio Canario de la Salud para la consulta de sus datos en el Registro Central de delinquentes sexuales, a los efectos previstos en el artículo 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

En.....a.....de.....de.....

Firma

GERENCIA/DIRECCIÓN GERENCIA.....