

A LA FISCALÍA DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

INFORMACIÓN RELATIVA AL SOLICITANTE

Nombre y apellidos: D.N.I.:

Domicilio: Teléf.:

En calidad de (*relación que le vincula con el presunto discapaz*)

Con domicilio a efectos de notificaciones de la Persona o Entidad/Servicio solicitante:

Dirección postal: Teléf.:

Correo electrónico:

EXPONE

PRIMERO

Que por medio del presente escrito y, conforme a lo establecido en el art. 757.3 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, pone en conocimiento de esa Fiscalía la **POSIBLE SITUACIÓN DE FALTA DE CAPACIDAD** de

Nombre y apellidos: D.N.I.:

Fecha de nacimiento (si se desconoce, hacerlo constar):

Lugar de nacimiento (si se desconoce, hacerlo constar):

Domicilio: Teléf.:

Localidad: C.P.:

Indicar si está ingresado en centro (*Población*):

Previsión de estancia:

Diagnosticado de:

- Diagnóstico psiquiátrico de trastorno mental grave no reversible y con más de dos años de evolución.
- Discapacidad intelectual y del desarrollo.
- Inteligencia límite con trastorno mental grave y/o trastornos de conducta y/o consumo de sustancias adictivas.
- Diagnósticos relacionados con déficits cognitivos no reversibles.
- Otros (indicar):

Se considera que es **NECESARIA** la declaración judicial de falta de capacidad por el/los siguiente/s motivo/s:

- Protección en todas las áreas de la vida.
- Cuidado de la salud.
- Administración de bienes.
- Promoción de la integración social.

SEGUNDO

INDICAR una de estas 3 opciones:

El presunto discapaz ha otorgado poder notarial para administración de bienes a favor de

(Se deberá acompañar copia del poder notarial otorgado en su caso)

El presunto discapaz NO ha otorgado poder notarial para administración de bienes a favor de alguien.

Se desconoce si el presunto discapaz ha otorgado poderes notariales o realizado alguna otra manifestación notarial para el caso de que devenga incapaz.

TERCERO

GUARDADOR DE HECHO

Se pone de manifiesto que en la actualidad la persona/s que se ocupa de su persona y administra y gestiona todo el patrimonio del presunto incapaz es

D./D.^a

Grado de parentesco, vecino de

y con domicilio en C/.

Teléfono

CUARTO

RELACIÓN DE FAMILIARES MÁS CERCANOS DEL PRESUNTO INCAPAZ

(Se deben indicar **TODOS** los más cercanos, como cónyuge, hijos, padres, hermanos y en defecto de éstos, los sobrinos **AUNQUE NO SE VISITEN O SE RELACIONEN CON EL PRESUNTO DISCAPAZ**)

Nombre y apellidos: Edad:
D.N.I.:, Localidad:
Domicilio: C.P.:
Teléf. 1 Teléf. 2 Teléf. 3
Grado de parentesco

Nombre y apellidos: Edad:
D.N.I.:, Localidad:
Domicilio: C.P.:
Teléf. 1 Teléf. 2 Teléf. 3
Grado de parentesco

Nombre y apellidos: Edad:
D.N.I.:, Localidad:
Domicilio: C.P.:
Teléf. 1 Teléf. 2 Teléf. 3
Grado de parentesco

Nombre y apellidos: Edad:
D.N.I.:, Localidad:
Domicilio: C.P.:
Teléf. 1 Teléf. 2 Teléf. 3
Grado de parentesco

Nombre y apellidos: Edad:
D.N.I.:, Localidad:
Domicilio: C.P.:
Teléf. 1 Teléf. 2 Teléf. 3
Grado de parentesco

Nombre y apellidos: Edad:
D.N.I.:, Localidad:
Domicilio: C.P.:
Teléf. 1 Teléf. 2 Teléf. 3
Grado de parentesco

QUINTO

Hay familiares que estén dispuestos a asumir el cargo tutelar.

Los parientes o familiares **reseñados en el apartado Cuarto** de esta solicitud, consideramos que la persona más idónea para desempeñar el cargo de tutor o curador es (**a rellenar en el caso de que haya acuerdo entre los familiares**)

D./D.^a

Nacido en con DNI

Con domicilio en C/

C.P. y teléfono

Firma de los familiares reseñados en apartado Cuarto:

No hay familiares que estén dispuestos.

Motivos:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Otras personas que están dispuestas:

D./D.^a DNI

Dirección postal:

Correo electrónico Teléf.

Por todo lo expuesto se

SOLICITA

A la Fiscalía de la Comunidad Foral de Navarra, que teniendo por presentado este escrito se sirva admitirlo a los efectos de valorar si procede promover el correspondiente procedimiento de modificación de la capacidad de

D./D.^a

RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (indicar la que ha sido entregada):

RELATIVA A LA PERSONA

- Fotocopia del DNI del presunto discapaz (u otra documentación identificativa).
- Fotocopia del DNI del solicitante abajo firmante.
- Certificado literal de nacimiento del presunto discapaz.

RELATIVA A SU SALUD

- Certificado de discapacidad actualizada.
- Informe/s Médico/s actualizado/s del presunto discapaz elaborado/s por personal médico colegiado.
- Informe social de Servicios Sociales de Base.
- Informe social (en el caso de que exista).

RELATIVA A SU SITUACIÓN ECONÓMICA

- Relación de bienes e ingresos.
- Pensiones.
- Cuentas corrientes y/o entidades bancarias.

Pamplona, a de de

Firma del solicitante

SOLICITUD DE MEDIDAS CAUTELARES

Indicar por el solicitante las razones de URGENCIA y NECESIDAD concurrentes para interesar su adopción:

.....
.....
.....
.....
.....

Documentación justificativa de su solicitud a adjuntar:

RELATIVA A SU SALUD

- Informe/s Médico/s actualizado/s del presunto discapaz elaborado/s por personal médico colegiado.
- Informe social de Servicios Sociales de Base.

RELATIVA A SU SITUACIÓN ECONÓMICA

- Relación de bienes e ingresos.
- Pensiones.
- Cuentas corrientes y/o entidades bancarias.

Propuesta de medidas del solicitante en el área personal, de la salud o patrimonial:

.....
.....

Pamplona, a de de

Firma del solicitante