



PARA USO DEL FUNCIONARIO DE SENADIS	
TURNO: _____	____/____/____/____
HORA: _____	DÍA MES AÑO
TIPO DE DISCAPACIDAD A EVALUAR: _____	

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Los datos que a continuación se consignarán, pertenecen a la persona evaluada y que solicita por sí o por medio de un tercero, el otorgamiento de una Certificación de Discapacidad.

El presente documento tiene carácter de Declaración Jurada, por tanto se advierte a quien lo suscribe el contenido del artículo 385 del Código Penal de la República de Panamá que contempla el tipo penal de falsedad.

Artículo 385: "El tesigo, perito intérprete o traductor que, ante la autoridad competente, afirme una falsedad o niegue o calle la verdad, en todo o en parte de su declaración, dictamen, interpretación o traducción, será sancionado con prisión de dos o cuatro años.

Cuando el delito es cometido en una causa criminal en perjuicio del inculcado o es la base sobre la cual una autoridad jurisdiccional dicta sentencia, la prisión será de cuatro a ocho años."

DATOS DEL SOLICITANTE																							
APELLIDOS		PATERNO				MATERNO				CASADA													
NOMBRES																							
TELÉFONO				CELULAR																			
CORREO ELECTRÓNICO																							
FECHA DE NACIMIENTO				D	D	M	M	A	A	A	A												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
						SEXO:		M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>												
DOCUMENTO DE IDENTIDAD PERSONAL:						CÉDULA		<input type="checkbox"/>	PASAPORTE			<input type="checkbox"/>											
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD PERSONAL								NACIONALIDAD															
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
DIRECCIÓN RESIDENCIAL																							
URBANIZACIÓN								CALLE															
EDIFICIO						APTO / CASA Nº																	
CORREGIMIENTO								DISTRITO															
PROVINCIA																							
ZONA		URBANA			<input type="checkbox"/>	RURAL			<input type="checkbox"/>	INDÍGENA		<input type="checkbox"/>											
ESTADO CIVIL																							
SOLTERO/A		<input type="checkbox"/>	CASADO/A		<input type="checkbox"/>	DIVORCIADO/A		<input type="checkbox"/>	VIUDO/A		<input type="checkbox"/>												
UNIDO/A		<input type="checkbox"/>																					
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD						CATEGORÍA DE ACTIVIDAD																	
<input type="checkbox"/>	TRABAJA		<input type="checkbox"/>	NO BUSCA TRABAJO		<input type="checkbox"/>	OBRERO O EMPLEADO																
<input type="checkbox"/>	NO TRABAJA		<input type="checkbox"/>	NO APLICABLE		<input type="checkbox"/>	PATRÓN (con personal a cargo)																
<input type="checkbox"/>	BUSCA TRABAJO					<input type="checkbox"/>	TRABAJO POR CUENTA PROPIA																
COBERTURA MÉDICA																							
<input type="checkbox"/>				SEGURO SOCIAL				<input type="checkbox"/>				SEGURO PRIVADO				<input type="checkbox"/>				NINGUNO			
RECIBO BENEFICIOS DE PROGRAMAS SOCIALES DEL ESTADO																							
						<input type="checkbox"/>	SI		<input type="checkbox"/>	NO													
EN EL CASO DE RESPONDER SÍ ¿CUÁLES?																							
<input type="text"/>																							

NOTA IMPORTANTE: La siguiente información solo debe completarse en el caso que el (la) solicitante sea menor de edad o requiera del apoyo de un tercero para solicitar la certificación de discapacidad.

DATOS DEL ACOMPAÑANTE												
<input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> CURADOR <input type="checkbox"/> OTRO												
APELLIDOS												
NOMBRES												
TELÉFONO					CELULAR							
CORREO ELECTRÓNICO												
FECHA DE NACIMIENTO		<small>D</small>	<small>D</small>	<small>M</small>	<small>M</small>	<small>A</small>	<small>A</small>	<small>A</small>	<small>A</small>	SEXO: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD PERSONAL: CÉDULA <input type="checkbox"/>										PASAPORTE <input type="checkbox"/>		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD PERSONAL								NACIONALIDAD				
<input type="text"/>								<input type="text"/>				
DIRECCIÓN RESIDENCIAL												
URBANIZACIÓN								CALLE				
EDIFICIO						APTO / CASA N°						
CORREGIMIENTO							DISTRITO					
PROVINCIA												
ZONA		URBANA <input type="checkbox"/>			RURAL <input type="checkbox"/>			INDÍGENA <input type="checkbox"/>				
EN CASO DE TUTOR O CURADOR COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:												
PROVINCIAL <input type="checkbox"/>		DEFINITIVO <input type="checkbox"/>		N° DE SENTENCIA		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
JUZGADO					CIRCUITO JUDICIAL					DISTRITO JUDICIAL		

LUGAR Y FECHA DE SOLICITUD	
LUGAR: <input type="text"/>	FECHA: ____/____/____/ DÍA MES AÑO

FIRMA DEL SOLICITANTE / ACOMPAÑANTE