



FORMULARIO DE ACREDITACIÓN DE LOS DELEGADOS EN LA XV CUMBRE IBEROAMERICANA DE SALAMANCA

DELEGACIÓN NACIONAL: URUGUAY			
1. DATOS PERSONALES			
NOMBRE:		1 ^{er} . APELLIDO:	
		2 ^o . APELLIDO:	
MINISTERIO:		CARGO:	
LUGAR QUE OCUPA EN LA DELEGACIÓN: <input type="checkbox"/> Acompañante <input type="checkbox"/> Delegado Número:.....		TRATAMIENTO PROTOCOLARIO:	
CLASE Y Nº DE PASAPORTE, Ó DNI.:		IDIOMA: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués	
2. ALOJAMIENTO			
Fecha de llegada a Salamanca:		Fecha de salida de Salamanca:	
3. TRANSPORTE			
Aeropuerto de Llegada: <input type="checkbox"/> Madrid <input type="checkbox"/> Salamanca		Fecha y Hora:	Número de Vuelo:
Aeropuerto de Salida: <input type="checkbox"/> Madrid <input type="checkbox"/> Salamanca		Fecha y Hora:	Número de Vuelo:
4. ACREDITACIÓN VEHÍCULO			
Marca:	Modelo:	Color:	Matrícula:
Conductor (Nombre y Apellidos):			
Nº DE PASAPORTE Ó DNI:			
5. ARMAS INDIVIDUALES			
Marca:	Modelo:	Calibre:	Nº Cartuchos:
Marca:	Modelo:	Calibre:	Nº Cartuchos:
GUÍA O DOCUMENTO LEGAL:		Nº DE PASAPORTE Ó DNI:	

6. FICHA CLÍNICA (para el Sistema Operativo Sanitario español)

Nombre y Apellidos.....
 Fecha de Nacimiento.....Sexo.....Grupo Sanguíneo.....

Si le acompaña un **médico de Delegación** y/o **médico personal**, deberemos de conocer:

Nombre:.....

Nº de teléfono celular:.....

A él solicitaremos, si fuese necesario, su **situación actual sanitaria**

No obstante, con el fin de evitar errores irreparables:

1. ¿Quiere indicarnos alguna **alergia a algún medicamento** que Vd. conozca?

.....

2. Con el fin de mejorar y asegurar la elaboración de las dietas alimenticias ¿Quiere señalarnos alguna **reacción alérgica por alimentos** que debamos conocer?

.....

3. Si lo desea aquí puede enunciarnos algún problema de salud que el equipo sanitario (GOS) deba conocer:

.....

4. ¿Toma Vd. algún **medicamento** de forma **habitual**, que el Sistema Operativo Sanitario (SOS) deba prever su eventual reposición?

.....

Recuerde siempre que su **teléfono de contacto sanitario** será el **+34 91 599 75 00**

OBSERVACIONES:

1. La Comisión Organizadora ruega y encarece la recepción en Madrid por parte de los coordinadores de Embajada de los formularios de acreditación de los Delegados Nacionales antes del jueves 1 de septiembre próximo.
2. Si no se conociera aún la respuesta a algún dato concreto sobre alojamiento, transporte etc., ello no deberá retrasar la remisión de los restantes datos de este formulario. En un momento posterior se podrá realizar una segunda remisión con los datos cuya información se desconociera en la primera respuesta.
3. Si se desea, la información que se solicita en la Ficha Clínica puede ser remitida directamente por correo postal al Sistema Operativo Sanitario (SOS) DISSC (Avda. Puerta de Hierro s/n. Complejo de la Moncloa, 28071 Madrid).
4. No deben de cumplimentarse los recuadros que no correspondan.