



## TRASLADO DE EXPEDIENTE DE GRADO DE DISCAPACIDAD

### Datos de la persona Solicitante.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DNI/NIF/NIE/	Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad	Estado civil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### DOMICILIO EN EL QUE RESIDE ACTUALMENTE.

(si esta ingresado en un centro residencial de forma permanente debe indicar como domicilio el del centro residencial, con independencia de que, si lo desea, pueda señalar otro domicilio diferente en el apartado domicilio a efectos de notificaciones)

Tipo vía	Vía	Número	Kilómetro	Bloque	Portal	Escalera	Planta	Puerta
<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"/>
Provincia	Municipio	Localidad	Código postal					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

### REPRESENTANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DNI/NIF/NIE/	Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Representante en calidad de padre, madre o tutor de menor de 18 años  Como representante voluntario   
Como representante de un incapacitado judicial  Como Guardador de Hecho

### DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES.

En el domicilio que se consigne en esta casilla, se recibirán todas las notificaciones administrativas relativas a todos los procedimientos de los que Vd. sea interesado en el I.M.A.S..

Si no se señala ninguno, las notificaciones se remitirán al domicilio de residencia actual consignado.

Tipo vía	Vía	Número	Kilómetro	Bloque	Portal	Escalera	Planta	Puerta
<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"/>
Provincia	Municipio	Localidad	Código postal					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					



### Notificaciones electrónicas.

- Deseo ser notificado en papel a través del correo postal.
- Deseo ser notificado electrónicamente a través del Servicio de Notificación Electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, los actos y resoluciones administrativos que se deriven de la tramitación de esta solicitud o de cualquier otra que se tramite ante este Organismo Autónomo. A tal fin, adquiero la obligación de acceder periódicamente a través de mi certificado digital o DNI electrónico, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM:

**<https://sede.carm.es/> \*apartado consultas \* notificaciones electrónicas  
o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones>.**

Asimismo autorizo al **ImaS**, a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica:

- a través de un correo electrónico a la dirección de correo:

@  .

- a través de un SMS en mi teléfono:

### Traslado de Expediente

Por la presente solicito el traslado de mi expediente de valoración de grado de discapacidad,

- Desde una Comunidad Autónoma a la CARM

- Desde la CARM a otra Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma de procedencia

Comunidad Autónoma de destino.

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

**Firma:**