



Sol·licitud de canvi de nom de la targeta sanitària menors d'edat

Documentació a lliurar:

- **Llibre de família**
- **Autorització de canvi de nom signada pels representants legals**
- **Fotocòpia DNI dels pares**
- **Fotocòpia targeta sanitària actual**

Dades personals:

Nom i cognoms sol·licitant (representant legal del menor):

Sol·licitant en qualitat de:

Nom i cognoms menor d'edat (original):

Nom i cognoms menor d'edat (nom sentit):

Número de telèfon:

Correu electrònic:

Qüestionari a respondre de forma voluntària:

Quan va reconèixer la seva nova identitat:
Què va fer la família?

Vàreu demanar ajuda a professionals?

Coneixeu alguna associació de persones trans?

Us heu trobat amb alguna dificultat en el centre educatiu, en el temps de lleure o en el centre de treball? Si és que sí, com els heu resolt?

Us heu trobat amb alguna dificultat amb els serveis mèdics? Si és que sí, com els heu resolt?

D'acord amb la Llei 32/2010, d'1 d'octubre de Protecció de dades de caràcter personal, les dades de caràcter personal comunicades a través d'aquest formulari seran utilitzades a l'efecte de resoldre alguna incidència derivada d'aquest gestió.

Barcelona,

Signatura sol·licitant