

RECURSO DE GRADO DE DISCAPACIDAD

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos: _____
DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

DATOS DEL INFORME DE DISCAPACIDAD

Número de expediente: _____
Fecha de informe: _____
Grado de discapacidad reconocido: _____
Entidad emisora del informe: _____

MOTIVOS DEL RECURSO

Escriba aquí los motivos por los cuales considera que el grado de discapacidad reconocido no es correcto o suficiente. Incluya cualquier dato relevante, documentación adicional o argumentos que apoyen su recurso.

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

1. Copia del informe de reconocimiento del grado de discapacidad.
2. Documentación médica complementaria.
3. Certificados y valoraciones adicionales.
4. Otros documentos relevantes para el recurso.

En _____, a _____ de _____ de 20____.

FIRMADO:

Firma:

Fuente original del documento:

<https://experto-recursos.com/recurso-grado-de-discapacidad/>

¿Te ha resultado útil esta plantilla?

Descubre más documentos actualizados en:

<https://experto-recursos.com>

Visítanos

Plantilla de uso personal y gratuito. Prohibido su uso comercial.

Si se comparte o publica, debe mencionarse la fuente.

Esta plantilla tiene carácter orientativo y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar a un abogado especializado para cada caso.