

**A LA FISCALÍA PROVINCIAL DE LEÓN
SECCIÓN DE PROTECCIÓN A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD**

D./D^a _____, mayor de edad, con DNI. _____,
con domicilio en _____,
_____, Cód. Postal _____, y teléfono/s _____,

EXPONE

PRIMERO.- PERSONA PRESUNTA DISCAPAZ. Que **D/D^a** _____
_____, con DNI. _____, nacido/a en _____, el día
_____, con DOMICILIO en _____,
Calle _____, N^o _____, y con RESIDENCIA
ACTUAL en _____, Calle _____, N^o _____.

Padece una enfermedad mental o psíquica diagnosticada de: _____
_____, que le imposibilita, a juicio del declarante, *(Póngase una "X" donde proceda)*

- De forma total, para todos los actos de gobierno de su persona y de administración de sus bienes.
 De forma parcial, solo para ciertos actos de administración de sus bienes.

SEGUNDO.- RELACIÓN CON EL PRESUNTO DISCAPAZ. El declarante es _____
_____ de la persona cuya incapacitación se solicita.

TERCERO.- RELACIÓN DE PARIENTES DEL PRESUNTO DISCAPAZ. Manifiesta que los
parientes más próximos del presunto Discapaz son los que a continuación se detallan:

(Los más próximos, por ejemplo: cónyuge e hijos, o padres y hermanos, o hermanos y sobrinos, o tíos y primos, etc)

1.- D./D^a _____, con DOMICILIO en
Calle y n^o _____, Localidad y Provincia _____
_____, Cód. Postal _____, y teléfono/s _____,
GRADO DE PARENTESCO con el presunto discapaz _____

2.- D./D^a _____, con DOMICILIO en
Calle y n^o _____, Localidad y Provincia _____
_____, Cód. Postal _____, y teléfono/s _____,
GRADO DE PARENTESCO con el presunto discapaz _____

3.- D./D^a _____, con DOMICILIO en
Calle y n^o _____, Localidad y Provincia _____
_____, Cód. Postal _____, y teléfono/s _____,
GRADO DE PARENTESCO con el presunto discapaz _____

4.- D./D^a _____, con DOMICILIO en
Calle y n^o _____, Localidad y Provincia _____
_____, Cód. Postal _____, y teléfono/s _____,
GRADO DE PARENTESCO con el presunto discapaz _____

5.- D./D^a _____, con DOMICILIO en
Calle y n^o _____, Localidad y Provincia _____
_____, Cód. Postal _____, y teléfono/s _____,
GRADO DE PARENTESCO con el presunto discapaz _____

(Si no hay espacio suficiente, se continuará en una hoja aparte)

CUARTO.- PERSONA QUE SE PROPONE COMO TUTOR O CURADOR. Propone para el cargo
de Tutor/Curador, a **D./D^a** _____, con DOMICILIO
en Calle y n^o _____, Localidad y Provincia _____
_____, Cód. Postal _____, y teléfono/s _____,
cuyo parentesco con el presunto incapaz es el de _____.

En el supuesto de que los padres del presunto incapaz hubieren fallecido, se deberá acompañar
Certificación del Registro de Últimas Voluntades y/o copia de sus testamentos si los hubieren otorgado,
para respetar, si así procede, la voluntad de éstos en los términos del art. 223 del Código Civil, para el caso de
que hubieren designado tutor y/o cualquier órgano de fiscalización de la tutela.

QUINTO.- PODERES NOTARIALES. El solicitante manifiesta que: *(Marcar lo que proceda)*
 SÍ CONOCE NO CONOCE que la persona cuya incapacitación se solicita haya otorgado poderes
notariales. En el caso de que los haya otorgado, se deberá acompañar copia de los mismos, o los datos para su
identificación, fecha de otorgamiento, localidad, notario autorizante.

SEXTO.- PERMISO DE CONDUCIR Y LICENCIA DE ARMAS. Que le consta que el presunto discapaz está en posesión de:

(Póngase una "X" donde proceda)

1. PERMISO DE CONDUCIR

2. LICENCIA DE ARMAS

Debiéndose acompañar copia de los mismos, para el caso de que los tenga en su poder.

Asimismo, manifestará si solicita, por ser conveniente para la protección del presunto Discapaz o de otras personas, que se proceda a instar la retirada de los permisos y licencias arriba descritos. (Póngase una "X" donde proceda):

Solicito que se proceda a la retirada del Permiso de Conducir.

Solicito que se proceda a la retirada del Permiso o Licencia de Armas.

POR LOS SIGUIENTES MOTIVOS: _____

SÉPTIMO.- SOLICITUD DE MEDIDAS CAUTELARES. Asimismo, se solicita que por parte del Ministerio Fiscal se inste alguna de las siguientes medidas cautelares para la protección de la persona y/o patrimonio del Presunto Discapaz, y por los motivos que se expone: (Póngase una "X" donde proceda)

1. SOLICITUD DE INTERNAMIENTO, por los siguientes MOTIVOS _____

2. SOLICITUD DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN SOBRE EL PATRIMONIO, por los siguientes MOTIVOS _____

OCTAVO.- GUARDADOR DE HECHO. La persona que en la actualidad se ocupa habitualmente de las gestiones y administración del presunto discapaz es: **D./D^a** _____, con DOMICILIO en Calle y nº _____, Localidad y Provincia _____, Cód. Postal _____, y teléfono/s _____, PARENTESCO con el presunto incapaz _____

Por todo lo expuesto, **SOLICITO:** Que con base en lo dispuesto en los artículos 199 y 200 del Código Civil, y 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que por el Ministerio Fiscal se proceda a **SOLICITAR LA INCAPACITACIÓN** de la persona cuyos datos constan en el cuerpo de este escrito, así como las medidas cautelares que procedan para la protección personal y patrimonial del presunto incapaz.

En León a _____ de _____ de 20 _____.

Fdo.: _____

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA * (Póngase una "X" donde proceda)

**EN TODO CASO SE APORTARÁN LOS DOCUMENTOS 1, 2 y 3*

- 1. DNI de la persona cuya incapacitación se solicita y de los solicitantes (por fotocopia para cotejo con su original).
- 2. CERTIFICACIÓN LITERAL DE NACIMIENTO del presunto discapaz expedida por el Registro Civil.
- 3. DICTAMEN FACULTATIVO, informe médico acreditativo de la enfermedad que padece.
- 4. DECLARACIÓN DE MINUSVALÍA, si existiera, de los Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, INSERSO, etc: resolución, certificado y diagnóstico o dictamen del equipo de valoración médica.
- 5. CERTIFICACIÓN DEL REGISTRO DE ÚLTIMAS VOLUNTADES referido a los padres del mismo.
- 6. COPIA DEL TESTAMENTO DE LOS PADRES del presunto discapaz.
- 7. COPIA DE LOS PODERES OTORGADOS por el presunto discapaz.
- 8. COPIA DEL PERMISO DE CONDUCIR del presunto discapaz.
- 9. COPIA DEL PERMISO O LICENCIA DE ARMAS.
- 10. OTROS:

_____ En León a _____ de _____ de 20 _____.

Fdo.: _____

DOCUMENTOS PARA SOLICITAR LA INCAPACIDAD

- 1- Certificado literal de nacimiento del presunto incapaz
- 2.- Certificado de minusvalía
- 3 - Fotocopia del D.N.I. del incapaz y del solicitante
- 4 - Informe médico reciente del médico de cabecera
- 5 - Nombre, domicilio y teléfono de los familiares más cercanos del incapaz.