

**MODELO DE RECLAMACIÓN ANTE LA OFICINA PERMANENTE
ESPECIALIZADA DEL
CONSEJO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD**

D./D^a _____, mayor de edad, con Documento Nacional de Identidad número _____, y con domicilio, a efectos de comunicaciones, en _____ (ciudad), C./Pza. _____, número _____, piso _____ letra _____, y código postal _____

Con arreglo a la legislación reguladora del Consejo Nacional de la Discapacidad emite la siguiente:

RECLAMACIÓN:

(Descripción de los hechos objeto de denuncia por presunta discriminación, vulneración de derechos o trato desigual a personas con discapacidad y/o sus familias e identificación, si es posible, de la persona, agente, autoridad, administración que se considera responsable)

En _____ (ciudad), a _____ (fecha y año).

Fdo.: _____

(Firma de la persona que emite la reclamación o de su representante legal, en su caso)

Oficina Permanente Especializada
Consejo Nacional de la Discapacidad
MTAS
Paseo de la Castellana, 67
28071 Madrid
Tf: 91/3637177
Fax: 91/3637245
Correo electrónico: dgdiscapacidad@mtas.es