

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

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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](mailto:dgdiscapacidad@mtas.es)