

PROGRAMA DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA**SOLICITUDE PERSOA USUARIA**

NOME E APELIDOS		DNI	
DOMICILIO		CONCELLO	
C.P.		TELÉFONO	

Solicita a alta como titular no Programa de teleasistencia domiciliaria desa Deputación.

PRIMEIRA PERSOA USUARIA ADICIONAL (Cubrir, se procede)

NOME E APELIDOS		DNI	
Co mesmo domicilio cá persoa titular, solicita acollerse ao Programa de teleasistencia domiciliaria como:			
	Persoa usuaria con pulseira		
	Persoa usuaria sen pulseira		

SEGUNDA PERSOA USUARIA ADICIONAL (Cubrir, se procede)

NOME E APELIDOS		DNI	
Co mesmo domicilio cá persoa titular, solicita acollerse ao Programa de teleasistencia domiciliaria como:			
	Persoa usuaria con pulseira		
	Persoa usuaria sen pulseira		

Comprométense a cumprir as normas de funcionamento do dito *programa e autorizan ao concello a realizar os trámites necesarios.*

Lugar e data:

Sinaturas

A persoa usuaria titular,

1ª persoa usuaria adicional

2ª persoa usuaria adicional