



## SERVIZO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA SOLICITUDE DO SERVIZO S.2

### 1. DATOS DO SOLICITANTE

Nome e apelidos:		DNI:
Enderezo:	Localidade:	C. p.:
E-mail:	Tel.:	Fax:

### 2. DATOS DO PRIMEIRO BENEFICIARIO (so no caso de que exista)

Nome e apelidos:		DNI:
Enderezo:	Localidade:	C. p.:
E-mail:	Tel.:	Fax:
<input type="checkbox"/> Beneficiario con pulseira		<input type="checkbox"/> Beneficiario sen pulseira

### 3. DATOS DO SEGUNDO BENEFICIARIO/A (so no caso de que exista)

Nome e apelidos:		DNI:
Enderezo:	Localidade:	C. p.:
E-mail:	Tel.:	Fax:
<input type="checkbox"/> Beneficiario con pulseira		<input type="checkbox"/> Beneficiario sen pulseira

Co mesmo domicilio que o titular, solicita acollerse ó servizo de teleasistencia domiciliaria

### 4. DOCUMENTACIÓN

Comprométese a cumprir as normas de funcionamento deste servizo (así como aboar a contía que lle corresponda segundo as ordenanzas municipais mediante a domiciliación bancaria que autoriza)

Lugar e data:	Asdo.: o/a titular	Asdo.: o/a 1º beneficiario/a	Asdo.: o/a 2º beneficiario/a
..... de ..... de 20.....			