

<b>SOLICITUD DE CAMBIO DE AUXILIAR DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO</b>
--

DATOS DEL TITULAR BENEFICIARIO						
Nº de Expediente:						
N.I.F	APELLIDOS	NOMBRE				
Calle, Avda, Pz	Nombre de la Vía Pública	Núm.	Esc.	Piso	Puerta	Teléfono
C						
Código Postal	Municipio			Provincia		
50						
Otros Usuarios del SAD						
EXPOSICIÓN DE MOTIVOS						
Fecha						
<p><i>DECLARO que los datos mencionados en la presente solicitud son totalmente ciertos,</i></p> <p>El Solicitante,</p>          <p>Fecha y Firma</p>						

**DIRIGIDO A: SR. PRESIDENTE DE LA COMARCA DEL ARANDA**

*“De conformidad con lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, consiento que los datos incluidos en el presente formulario y aquellos que comunique en el futuro a la Comarca del Aranda, incluidos los datos de salud, sean incorporados a un fichero responsabilidad de la misma y que sean tratados con la finalidad de gestionar el servicios solicitado.*

*Asimismo declaro haber sido informado sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndome a la Comarca, sita en Pz. del Castillo, s/n, de Illueca, CP.- 50.250; o bien, remitiendo un mensaje a la siguiente dirección de correo electrónico: [ssbase@comarcadelaranda.com](mailto:ssbase@comarcadelaranda.com)*