Comarca del Aranda
SERVICIOS SOCIALES

Registro de Entrada

SOLICITUD DE CAMBIO DE HORARIO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

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**
Código Postal	**Municipio**			**Provincia**		
Otros Usuarios del SAD						

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS			
Fecha			

DECLARO que los datos mencionados en la presente solicitud son totalmente ciertos,

El Solicitante,

Fecha y firma

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"