

COMUNICACION DE BAJA 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			
	Defunción		
	Ingreso en Residencia / Centro de día		
	Cambio de domicilio fuera de la Comarca		
	Cambio de circunstancias por las que no se requiere la prestación del servicio		
	Traslado a vivir con hijos/as o familiares		
	Otros:		

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"