

SOLICITUD SERVICIO TELEASISTENCIA MUNICIPAL

Nombre <input type="text"/>	1 apellido <input type="text"/>	2 apellido <input type="text"/>
DNI <input type="text"/>	Sexo <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>
Domicilio <input type="text"/>	Población <input type="text"/>	
Teléfono 1 <input type="text"/>	Teléfono 2 <input type="text"/>	

UNIDAD DE CONVIVENCIA

Marcar con una x: beneficiaria con UCR, beneficiaria sin UCR o No Beneficiaria

PARENTESCO	NOMBRE	APELLIDOS	DNI	FECHA NACIMIENTO	BENEF. CON UCR	BENEF. SIN UCR	NO BENEF.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- DNI, NIE o PASAPORTE
- Informe de salud según el modelo normalizado
- Certificado de empadronamiento y certificado de convivencia.

AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DOCUMENTOS

Solicito y autorizo a que se facilite a la empresa prestataria del servicio la información necesaria del expediente para la adecuada prestación del Servicio de Teleasistencia y, en particular a que se facilite copia de los siguientes documentos:

Marcar con una X

- Informe social
- Informe médico

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Conforme al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, sus datos personales serán tratados por el Ayuntamiento de Paiporta con CIF P4618800I, con la finalidad de registro de trámites de instancia general. Los datos facilitados no serán cedidos a terceras personas, salvo que una ley nos obligue o que sea necesario para la prestación del servicio solicitado. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión y demás derechos recogidos en la normativa mencionada, remitiendo una solicitud por escrito a la dirección C/ Mestre Músic Vicent Prats i Tarazona s/n, (46200) Paiporta, Valencia o a través de la dirección de correo electrónico ajuntament@paiporta.es, adjuntando fotocopia de su DNI. o documento equivalente.

DECLARACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE

Como persona solicitante del Servicio de Teleasistencia Municipal,

DECLARO,

Que he sido informada de los requisitos para acceder al servicio a través de la solicitud de Dependencia y de Diputación.

Que no cumpla los requisitos para acceder al servicio a través de la solicitud de Dependencia y de Diputación, o me han sido denegados.

ME COMPROMETO A:

Comunicar cualquier cambio en mi situación que pueda afectar a la prestación del Servicio de Teleasistencia Municipal, y presentar a trámite las solicitudes del servicio a través de la Dependencia o de Diputación de Valencia, en el momento en que reúna los requisitos para solicitarlos.

Paiporta, a de de 202

Fdo.- Titular

Fdo.- Persona Beneficiaria