

Solicitud del Servicio de Teleasistencia	A RELLENAR POR LA ADMINISTRACIÓN	
	Nº Expediente EJMPL/2008	Nº Registro
	Modelo	Fecha:

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos / Razón Social		CIF / NIF	
Fecha de nacimiento:			
Estado Civil:			
Seg. Social:			
Dirección:			
Código Postal	Municipio	Provincia	
Teléfono	Móvil	Fax	Email

2. DATOS DEL REPRESENTANTE (si procede)

Nombre y Apellidos / Razón Social		CIF / NIF	
Dirección			
Código Postal	Municipio	Provincia	
Teléfono	Móvil	Fax	Email

3. DATOS DE NOTIFICACIÓN

Persona a notificar:	Medio Preferente de Notificación
o Solicitante	o Notificación en Papel
o Representante	o Notificación Telemática

4. EXPONE

Que, estando necesitado de servicio de atención personal e inmediata por y no precisando de cuidados permanentes, desea obtener el servicio de Teleasistencia.

5. DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- o. Fotocopia del D.N.I o documento de identificación personal.
- o. Tarjeta sanitaria.
- o. Informe médico del estado de salud.

