

## SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

### SOLICITUDE A CUBRIR POLO TITULAR

D./Dna. .... con D.N.I. ....  
 domiciliado/a en ..... rúa .....  
 Código Postal ..... Teléfono .....

**Solicita acollerse ó Servicio de Teleasistencia Domiciliaria como Titular**

### PARA CUBRIR SÓ NO CASO DE QUE EXISTA UN PRIMEIRO BENEFICIARIO

D./Dna. .... con D.N.I. ....  
 Co mesmo domicilio có Titular, solicita acollerse ó servicio de TELEASISTENCIA DOMICILIARIA como:

Beneficiario con pulseira

Beneficiario sin pulseira

### PARA CUBRIR SÓ NO CASO DE QUE EXISTA UN SEGUNDO BENEFICIARIO

D./Dna. .... con D.N.I. ....  
 Co mesmo domicilio có Titular, solicita acollerse ó servicio de TELEASISTENCIA DOMICILIARIA como:

Beneficiario con pulseira

Beneficiario sin pulseira

Comprométense a cumpri-las normas de funcionamento de dito Servicio, (así como a aboa-la contía que lle poidera corresponder segundo as Ordenanzas Municipais, a cal se aboará mediante a domiciliación bancaria que autorizan).

En ..... a ..... de ..... de 200.....

O TITULAR,

1º BENEFICIARIO,

2º BENEFICIARIO,

NOTA: Á presente solicitude acompañarase a documentación requerida.

*Ilmo. Sr. Presidente da Excma. Deputación Provincial de Pontevedra*