



CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO PERSONA DE CONTACTO

PARA ACOMPAÑAR AL **ANEXO B: ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA**

Solicitante del servicio: **DNI:**

IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS DE CONTACTO (Se recomienda al menos tres personas):

NOMBRE:	APELLIDOS:	DNI:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	
Relación con la persona usuaria:		Firma:
Contacto preferente: <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
Tiene llaves del domicilio: <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		
NOMBRE:	APELLIDOS:	DNI:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	
Relación con la persona usuaria:		Firma:
Contacto preferente: <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
Tiene llaves del domicilio: <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		
NOMBRE:	APELLIDOS:	DNI:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	
Relación con la persona usuaria:		Firma:
Contacto preferente: <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
Tiene llaves del domicilio: <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		

COMUNICO

Que he sido informado/a, y comprendiendo en qué consiste mi participación en el servicio, doy mi CONSENTIMIENTO para que el personal del Servicio de Teleasistencia que participe en la intervención pueda acceder durante el transcurso de la misma a la información que consta en el presente documento

Y AUTORIZO a que estos datos se incorporen al expediente de Teleasistencia de la persona solicitante.

En Salamanca a de de 20....

ILMO. SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SALAMANCA