

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### COMO PERSONA DE CONTACTO EN EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

#### IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CONTACTO:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

#### Domicilio:

Tipo de vía: \_\_\_\_\_ Nombre de la vía: \_\_\_\_\_ Portal: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

#### TIPO DE RELACIÓN CON LA PERSONA USUARIA:

Contacto preferente:            Sí        No        (*Se presentará un modelo de consentimiento por cada persona de contacto, pero sólo puede haber un contacto preferente por persona usuaria*)

Tiene llaves del domicilio de la persona usuaria de la teleasistencia:            Sí                            No

Reside en el domicilio de la persona usuaria de la teleasistencia:            Sí                            No

Acompaña a la persona usuaria habitualmente en horario de:            mañana            tarde            noche

#### IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA USUARIA DE LA TELEASISTENCIA:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

#### 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 indicada anteriormente.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Firma de la persona de contacto**

SR ALCALDE O DIPUTADO PROVINCIAL DE SERVICIOS SOCIALES DE \_\_\_\_\_