

**SERVEI TELEASSISTÈNCIA**

Pàg. 1

**SOL·LICITANT**

Nom i Cognoms	Correu Electrònic
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicili	Núm.	Pis	Porta	Telèfon	<input type="checkbox"/> DNI o CIF	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Població	CP	Província	Telèfon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**EN REPRESENTACIÓ DE (cal aportar documentació acreditativa)**

Nom i Cognoms	Correu Electrònic
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicili	Núm.	Pis	Porta	Telèfon	<input type="checkbox"/> DNI o CIF	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Població	CP	Província	Telèfon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**EXPOSICIÓ DE FETS I RAONS**

Feu constar els fets i raonaments en els quals fonamenteu la vostra petició.

**PETICIÓ**

Concreteu aquí la vostra petició de la manera més clara possible.

Sol·licito el servei de:

- Teleassistència domiciliària
- Teleassistència mòbil
- Localització de persones

## DOCUMENTACIÓ

Si adjunteu documents, feu-ne constar la relació.

- Fotocòpia NIE / NIF persona sol·licitant i dels membres del nucli de convivència.
- Fotocòpia tarja sanitària de la persona sol·licitant.
- Justificant ingressos de la unitat familiar de convivència.
- Informe mèdic, si s'escau.
- Imprès normalitzat de la Creu Roja emplenat.

ALTRES DOCUMENTS:

Signatura del sol·licitant:

Valls, de de 20

- Autoritzo a l'Ajuntament de Valls a l'obtenció i consulta per mitjans electrònics de les dades disponibles en altres administracions públiques.*  
Les dades de caràcter personal que ens ha proporcionat seran tractades i incorporades en un Fitxer responsabilitat de l'AJUNTAMENT DE VALLS.  
Conforme allò disposat en els articles 15 i 16 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, li informem que pot exercitar els drets d'accés, cancel·lació i oposició a: PLAÇA DEL BLAT, Nº1, 43800 VALLS (TARRAGONA)

## DOCUMENTACIÓ

Relació de persones que conviuen amb la persona sol·licitant:

Cognoms	Nom	Parentiu amb el sol·licitant	DNI/NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rendes del treball o prestacions. Concepte	Quantia anual	Empresa	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

*\* Autoritzo a l'Ajuntament de Valls a obtenir les dades necessàries d'altres administracions o organismes per comprovar si compleixo les condicions requerides per accedir a l'objecte d'aquesta sol·licitud i pugui consultar-les durant la seva vigència.*

Signatura

Cognoms	Nom	Parentiu amb el sol·licitant	DNI/NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rendes del treball o prestacions. Concepte	Quantia anual	Empresa	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

*\* Autoritzo a l'Ajuntament de Valls a obtenir les dades necessàries d'altres administracions o organismes per comprovar si compleixo les condicions requerides per accedir a l'objecte d'aquesta sol·licitud i pugui consultar-les durant la seva vigència.*

Signatura