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 relación con la persona usuaria:

Contacto preferente: ◯ Sí ◯ No

Tiene llaves del domicilio: ◯ Sí ◯ No

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

Persona de contacto

Nombre y apellidos:

SR ALCALDE O DIPUTADO DE SERVICIOS SOCIALES DE .....