CONSENTIMIENTO INFORMADO

SOBRE EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA DE SEGUIMIENTO PROACTIVO Y APOYO AL CUIDADOR

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA INTERESADA:

Nombre: Apellidos: DNI:

Teléfono referenciado al servicio de teleasistencia: Domicilio:

COMUNICO

Mi disposición favorable para recibir el servicio de teleasistencia de seguimiento proactivo y apoyo al cuidador, que me ha sido ofertado por los técnicos de Servicios Sociales

Doy mi CONSENTIMIENTO para que los técnicos del servicio de teleasistencia que participen en la intervención, puedan acceder durante el transcurso de la misma, a la información que conste en mi historia social.

En a de de

Cuidadora/or responsable de persona en situación de dependencia:

Nombre y apellidos:

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