DIPUTACIÓ DE VALÈNCIA
Ajuntament d'Ajuntaments

Servicio de Bienestar Social / Servici de Benestar Social

Sección de Atención Domiciliaria / Secció d'Atenció Domiciliaría

DESESTIMIENTO DEL SOLICITANTE/
DESESTIMENT DEL SOL·LICITANT

Dº./Dª.....DNI.....
Sr./ Sra.

Con domicilio en....., c/....., nº.....
A*mb domicili a* *núm.*

Teléfono.....
Telèfon

Como solicitante del Servicio de Teleasistencia, renuncia voluntariamente a recibir esta prestación, por los motivos siguientes:
Com a sol·licicitant del Servici de Teleassistència, renuncie voluntàriament a rebre esta prestació pels motius següents:

Picanya
En.....a.....de.....de 20.....
, d *de 20*

Firma

ILMO SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE VALENCIA
IL·LM. SR. PRESIDENT DE LA DIPUTACIÓ DE VALÈNCIA