

COMUNICACIÓN DE BAJA EN EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA
COMUNICACIÓ DE BAIXA EN EL SERVICI DE TELEASSISTÈNCIA

D^o / D^a _____ DNI _____
Sr. / Sra. _____

Con domicilio en _____, c/ _____, n^o _____
Amb domicili a _____, c/ _____, n^{um}.

Teléfono _____
Telèfon _____

Causa baja en la prestación del Servicio de Teleasistencia con fecha _____
Causa baixa en la prestació del Serviç de Teleassistència, amb data _____

Por los siguientes motivos:
Pels motius següents:

☐	01.Petición del interesado/Petició de l'interessat
☐	02.Obtención del recurso por otros medios/Obtenció del recurs per altres mitjans
☐	03.Traslado domicilio propio/ Trasllat domicili propi
☐	04.Traslado con familiares o amigos/ Trasllat amb familiars o amics
☐	05.Ingreso en Centro Residencial/Ingrés en Residència
☐	06.Derivado a otra empresa/entidad/Derivat a altra empresa/entitat
☐	10.No aceptar las condiciones del servicio/No acceptar les condicions del serviç
☐	11.Solución del problema//Solució del problema
☐	12.Defunción / Defunció
☐	13.Otros/Altres
☐	14.Traslado fuera de la provincia de Valencia/Trasllat fora de la província de València
☐	

Fecha _____
Data _____

Firma

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