

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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

#### **IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA INTERESADA (CUIDADOR/A):**

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 del cuidador/a:**

ILMO/A. SR/A. PRESIDENTE/A DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ZAMORA

**Teleasistencia** Castilla y León

C/ Padre Francisco Suárez, 2 – 47006 Valladolid – Teléfono 983 41 09 00 – Fax: 983 41 22 66 – [www.jcyl.es](http://www.jcyl.es)