

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