Junta de Castilla y León
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
Gerencia de Servicios Sociales

DIPUTACIÓN DE ZAMORA

Servicios Sociales de Castilla y León

BAJA DE PERSONA DE CONTACTO EN EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CONTACTO:

Nombre y Apellidos: _____ DNI: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

MÁRQUESE LO QUE PROCEDA:

○ **LA PERSONA QUE FIGURA ARRIBA COMO CONTACTO DE D/Dª** _____

_____, usuario/a del Servicio de Teleasistencia de Castilla y León**, MANIFIESTA:**

Que desde este momento NO DESEA FIGURAR COMO PERSONA DE CONTACTO en el expediente de teleasistencia de dicho usuario/a

En a de de

Firma Persona de contacto

○ **LA PERSONA USUARIA DE TELEASISTENCIA,** _____

CON DNI_____, **MANIFIESTA**:

Que NO CONSIENTE en que la persona cuyos datos se recogen en este documento figure como persona de contacto en su expediente de teleasistencia.

En a de de

Firma usuario/a

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán al expediente de teleasistencia, cuya gestión y tratamiento se realizará conforme al Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, de Protección de Datos de Carácter Personal y a la L.O. 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Asimismo, se informa que podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión ante el Responsable de Protección de Datos de la Gerencia de Servicios Sociales, y, en su caso, de la entidad local, así como otros derechos recogidos en la información básica y adicional sobre protección de datos personales de este procedimiento.

SR ALCALDE O DIPUTADO DE SERVICIOS SOCIALES DE_____