

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

Registro

A rellenar por la Administración

Solicitante / Beneficiario	Ayuntamiento / Entidad / Apellidos y Nombre / Razón Social						N.I	N.I.F.		
	Calle	Número	Escalera	Piso	Puerta	C.P.	Munio	cipio		
	Teléfono fijo de contacto Teléfono móvil de contacto Dirección de correo electrónico									
Representante (solo si procede) (2)	Secretario / Alcalde / Razón Social						N.I	.F.		
	Calle	Número	Número Escalera		Piso Puerta		Munio	cipio		
Repre	Documento acreditativo de la representación									
Domicilio notificaciones (3)	Si desea recibir información de su trámite mediante alguno de los siguientes medios, marque con un aspa la casilla correspondiente:									
	Sí, deseo recibir información a través de CORREO POSTAL y/o CORREO ELECTRÓNICO Dirección de correo electrónico									
	Direction de coneo electronico									
	Calle	Número E	scalera	Piso	Puerta	Puerta C.P.		Municipio		
SOLICITUD (4)	SOLICITA: (indicar motivo y horas) AUMENTO DEL TIEMPO DE S.A.D. A HORAS/SEMANA: 14									
OBSERVACIONES (5)										
Firma (5)	En	, a	de		de		Firm	a		
APD	La presentación de esta solicitu personal, el consentimiento de l confidencial y únicamente podrá derechos de acceso, rectificaci- responsable del fichero la Diputa	los afectados pa in ser tratados p ón, cancelación	ara su inclus para el estric	ión en el f to cumplir	fichero corr niento de la	espondiente s funciones	e de esta Diput derivadas de l	ación, siendo tratad a solicitud. El interes	los de forma totalme sado podrá ejercitar	ente r los