DIPUTACIÓ DE VALÈNCIA
Ajuntament d'Ajuntaments

Servicio de BienestarSocial / Servici de BenestarSocial

Sección de Atención Domiciliaria / Secció d'Atenció Domiciliaría

RENUNCIA DEL USUARIO
RENÚNCIA DE L'USUARI

Dº./Dª.....DNI.....
Sr./ Sra.

Con domicilio en....., c/....., nº.....
Amb domicili a núm.

Teléfono.....
Telèfon

Como usuario/a del Servicio de Teleasistencia, renuncia voluntariamente a recibir esta prestación, por los motivos siguientes:
Com a usuari /usuària del Servici de Teleassistència, renuncie voluntàriament a rebre esta prestació pels motius següents:

En Picanya .....a.....de.....de 20....
, d de 20

Firma

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