



# XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL

Dirección Xeral de Maiores e Persoas con Discapacidade

## SERVIZO DE XEOLOCALIZACIÓN

### DATOS DA PERSOA TITULAR DO SERVIZO:

D./D. <sup>a</sup> :	
NIF:	Teléfono:
Enderezo:	
Concello:	Código Postal:

### DATOS DA PERSOA RESPONSABLE, se é o caso:

D./D. <sup>a</sup> :	
NIF:	Teléfono contacto
Relación: cónxuxe <input type="checkbox"/> , familiar <input type="checkbox"/> , coidador/a <input type="checkbox"/> , titor/a <input type="checkbox"/> , veciño/a, outra: .....	

comunico a **BAIXA** no servizo de **Xeolocalización** a partir do día ....., de ....., de 201 . . , polos seguintes motivos:

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio da situación persoal:     empeoramento de saúde <input type="checkbox"/>, ingreso en centro residencial <input type="checkbox"/>, outro: indicar: .....</li> <li>- Cambio de domicilio: <input type="checkbox"/>.</li> <li>- Insatisfacción co servizo: <input type="checkbox"/>.</li> <li>- Custo do servizo <input type="checkbox"/>.</li> <li>- Outros: Indicar cales: .....</li> </ul>
--

En ....., a .. de ..... de 201 . .

Sinatura da persoa usuaria  ou responsable

Pode enviar este documento:

Ao número de FAX: 981545691, por correo electrónico [autonomiapersoal.sxps@xunta.es](mailto:autonomiapersoal.sxps@xunta.es) ou por correo postal a:

Consellería de Política Social

Servizo de Prevención da Dependencia.

Edificio Administrativo de San Caetano, s/n. 15781. Santiago de Compostela