



## SERVIZO DE TELEASISTENCIA BÁSICA DOMICILIARIA

Mediante a presente carta/fax desexo comunicar **A BAIXA** no servizo de Teleasistencia básica domiciliaria do/a seguinte usuario/a

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

Datos da persona que comunica a baixa:

D./D. <sup>a</sup> :			
NIF:		Teléfono contacto	
Relación co usuario	familiar	coidador	tutor legal
outro (indicar cal)			

Por favor, indique o motivo polo que solicita a baixa no servizo:

Cambio da situación do usuario (empeoramento da enfermidade, hospitalización, etc.)

Pola calidade do servizo

Outros motivos, por favor indicar cáles:

--

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ do 20

Sinatura

Por favor, envíe este documento por fax ao seguinte número: **981545691**, ao correo electrónico [autonomiapersoal.sxps@xunta.es](mailto:autonomiapersoal.sxps@xunta.es) ou por correo postal ao seguinte enderezo:

CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIALSOCIAL  
SERVIZO DE PREVENCIÓN DA DEPENDENCIA  
Edificio Admtvo. San Caetano s/n. 15781.SANTIAGO DE COMPOSTELA