

SOL·LICITUD REINICI DEL SERVEI D'AJUDA A DOMICILI MUNICIPAL**Dades de la persona sol·licitant:**

Nom i llinatges:	
DNI:	Data de naixement:
Adreça:	
Població:	Codi Postal:
Tel. Contacte:	E-mail:

Dades de la persona representant (si escau):

Nom i llinatges:	
DNI:	Relació amb la persona usuària:
Adreça:	
Població	Codi postal:
Tel. Contacte:	E-mail:

EXPOSA:

SOL·LICITA:

S'han modificat les condicions de salut de la persona usuària?*

 SI NO


*En cas que s'hagin modificat s'ha d'aportar un nou informe metge (model adjunt)

Marratxí, _____ de _____ de _____

Persona sol·licitant



Persona representant legal



L'Ajuntament de Marratxí, com a responsable del fitxer, l'informa que les dades facilitades mitjançant qualsevol tipus de formulari i en qualsevol suport seran tractades amb la deguda confidencialitat i respecte a les normes derivades de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals, i altres normatives de desenvolupament. Vos informam, així mateix, del dret d'accedir a les vostres dades, rectificar-les o cancel·lar-les. Vos informam, així mateix, que les vostres dades personals no seran objecte de cap cessió ni transmissió, i que s'emprarà únicament per l'objecte pel qual varen ser recollides.