



TRAMITACIÓN URGENTE DE LA SOLICITUD DE TELEASISTENCIA

MÉDICO/A O TRABAJADOR/A SOCIAL		
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Nº Colegiado/a		
Ayuntamiento/ Servicio Social de Base _____		

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE		
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI		

CONSIDERO urgente la tramitación de la solicitud del Servicio Público Teleasistencia.

En _____ a ____ de _____ de 20 ____

FIRMA DEL MÉDICO/A O TRABAJADOR/A SOCIAL