



## TRAMITACIÓN URGENTE DE LA SOLICITUD DE TELEASISTENCIA

MÉDICO/A O TRABAJADOR/A SOCIAL		
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Nº Colegiado/a <input type="text"/>		
Ayuntamiento/ Servicio Social de Base _____		

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE		
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI <input type="text"/>		

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

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

FIRMA DEL MÉDICO/A O TRABAJADOR/A SOCIAL