**COMUNICACIÓN DE MODIFICACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO / TELEASISTENCIA**

|  |
| --- |
| CEAS (A rellenar por la Administración) |

**SERVICIO A MODIFICAR:**

Servicio teleasistencia  Ayuda a domicilio

**1.- DATOS DEL TITULAR.**

|  |  |
| --- | --- |
| **APELLIDOS:** | **NOMBRE:** |
| **N.I.F/N.I.E:** | |

**2.- DATOS DEL REPRESENTANTE (A cumplimentar si la solicitud se firma por persona distinta del interesado).**

|  |  |
| --- | --- |
| **APELLIDOS:** | **NOMBRE:** |
| **N.I.F./N.I.E./PASAPORTE** | |

**3.- COMUNICACIÓN DE SUSPENSIÓN/REANUDACIÓN:**

|  |
| --- |
| Desde     /  /       Hasta     /  /        Fecha de reanudación sin determinar |

**4. MODIFICACIÓN DE DÍAS DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO SIN CAMBIO DE INTENSIDAD:**

|  |
| --- |
| Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado  Domingo |

**5.- MODIFICACIÓN DE TAREAS EN EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO:**

|  |
| --- |
|  |

       , a    de de

Firma

La persona solicitante o representante legal Fdo.:

**A LA PRESIDENCIA DE LA DIPUTACIÓN DE PALENCIA**