**CONSENTIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIO COMPLEMENTARIO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO**

**1.- DATOS DEL TITULAR**

|  |
| --- |
| Nombre y apellidos:           |
| DNI:             |
| CEAS:   |

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

|  |
| --- |
| Nombre y apellidos:           |
| DNI:             |
| Representante Legal ☐ Representante voluntario ☐ |

**3.- SERVICIO COMPLEMENTARIO REFERIDO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVICIO RESIDENCIAL** | ☐ |
| **PODOLOGÍA** | ☐ |
| **REHABILITACIÓN FÍSICA** | ☐ |
| **LIMPIEZAS INTEGRALES** | ☐ |
| **ACOMPAÑAMIENTO A GESTIONES** | ☐ |
| **PRODUCTOS DE APOYO** | ☐ |
| **CERRADURA DIGITAL** | ☐ |
| **MIRILLA DIGITAL** | ☐ |
| **REPARACIONES DOMÉSTICAS** | ☐ |

**4.- DECLARO**:

* Que eximo a la Diputación de Palencia de cualquier responsabilidad derivada del disfrute, instalación o utilización de estos servicios complementarios.
* Que estos servicios no conllevan aportación económica alguna.
* Que serán asumidos por el usuario los costes de:
	+ **Los materiales necesarios en caso de actuaciones domésticas (Reparaciones domésticas, cerradura digital y mirilla digital).**
	+ **El desplazamiento del profesional acompañante durante el mismo si este existiera.**
* Que durante el servicio de limpieza integral estará presente el usuario/o (o persona en quien delegue) que autorizará y costeará, en su caso, la retirada de los muebles y enseres que sean necesarios para que esta se complete, responsabilizándose de la custodia de los efectos personales.
* Que el servicio de atención residencial es un recurso de carácter social y temporal por un periodo inicial máximo de 30 días, prorrogable (salvo que se solicite por respiro familiar) por 30 días más bajo criterio técnico de la Comisión de Atención a la Dependencia.
* Que he recibido la información correspondiente y consiento la prestación de el/los servicio/s arriba indicado/s.

       , a    de de

Firma

**SERVICIOS SOCIALES - DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE PALENCIA**