**SOLICITUD DE BAJA DE AYUDA A DOMICILIO**

**Y/O TELEASISTENCIA**

CEAS (A rellenar por la Administración)

**1.- DATOS DEL TITULAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1-APELLIDOS**: | | | **NOMBRE:** |
| **N.I.F/N.I.E:** | **DOMICILIO:** | | |
| **LOCALIDAD:** | | **C.P.:** | **PROVINCIA: Palencia** |

**2. DATOS DEL REPRESENTANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDOS:** | | | | **NOMBRE:** | | |
| **N.I.F./N.I.E./PASAPORTE ;** | **FECHA DE NACIMIENTO:**    // | | **TFNO.:** | | | |
| **NACIONALIDAD:** | | | **SEXO:** | | | |
| **DOMICILIO:** | | **LOCALIDAD:** | | | **C.P.:** | **PROVINCIA:** |
| **CORREO ELECTRONICO (opcional):** | | | | | | |
| **REPRESENTACIÓN QUE OSTENTA: LEGAL  VOLUNTARIA** | | | | | | |

**3. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOMICILIO:** | **LOCALIDAD:** | **C.P.:** | **PROVINCIA:** |
| **NOTIFICACIÓN ELECTRONICA** | | | |

**4. SERVICIO EN EL QUE SOLICITA BAJA: Teleasistencia  Ayuda a Domicilio**

|  |  |
| --- | --- |
| MOTIVO DE LA BAJA | Marcar lo que corresponda |
| **Fallecimiento** |  |
| **Renuncia Voluntaria** | Desaparición de la situación de necesidad que motivó su concesión |
| Acceso a otro recurso o servicio incompatible con esta prestación |
| Otras causas. |
| **Desplazamiento o ausencia del municipio** | Ausencia del domicilio superior a seis meses. |
| Ingreso con carácter definitivo en centros de tercera edad o sanitarios. |
| **T**raslado definitivo del usuario a una localidad distinta de aquella en la que tenía fijado su lugar de residencia. |

**5.- INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

**De conformidad con los artículos 13 y 14 del REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, se facilita la siguiente información básica y la forma de acceder a la información complementaria sobre el destino, legitimidad y finalidad de los datos personales del interesado, así como la referencia a los derechos que la citada norma prevé:**

|  |  |
| --- | --- |
| **RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** | **-Gerente de Servicios Sociales de Castilla y León\***  **(\*Solo en el caso de datos personales que formen parte del Registro único de personas usuarias de servicios sociales de Castilla y León)**  **-En su caso, titular de la entidad local, (datos que formen parte de ficheros de su titularidad).** |
| **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO** | **Tramitación de solicitudes, gestión y seguimiento de las prestaciones del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública.** |
| **LEGITIMIDAD DEL TRATAMIENTO** | **El tratamiento es necesario para la prestación de asistencia social y para la gestión de servicios de asistencia social, de conformidad con el artículo 9.2H) del RGPD en relación con artículo 34 de Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León**  **Cumplimiento de una misión realizada en interés público, artículo 34 de Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León.**  **Cumplimiento de una obligación legal, articulo 30 de la Ley 4/2018, de 2 de julio, de ordenación y funcionamiento de la Red de protección de e inclusión a personas y familias en situación de mayor vulnerabilidad social o económica en Castilla y León.** |
| **DESTINATARIOS DE LAS CESIONES O TRANSFERENCIAS DE DATOS** | **Personal competente en la tramitación de la prestación solicitada del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública** |
| **DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS** | **De acceso, rectificación, portabilidad, oposición, supresión y limitación al tratamiento de sus datos.** |
| **PROCEDENCIA DE LOS DATOS** | **Aportados por los interesados y por personal competente del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública para la tramitación de la atención social solicitada.** |
| **INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS** | **https://www.diputaciondepalencia.es/** |

* **Declaro que al objeto de prestarme la atención social solicitada, he sido informado suficientemente sobre el tratamiento de los datos personales que resulten necesarios a tal fin, aportados en el presente formulario y, en su caso, en mi historia social.**

**En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL SOCILITANTE/REPRESENTANTE LEGAL**

**Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIPUTACION PROVINCIAL DE PALENCIA**