**Servicio de BienestarSocial / Servici de BenestarSocial**

**Sección de Atención Domiciliaria / Secció d'Atenció Domiciliaría**

RENUNCIA DEL USUARIO
*RENÚNCIA DE L'USUARI*

Dº./Dª.....DNI.....
Sr./ Sra.

Con domicilio en....., c/....., nº.....
*Amb domicili a núm.*

Teléfono.....
*Telèfon*

Como usuario/a del Servicio de Teleasistencia, renuncia voluntariamente a recibir esta prestación, por los motivos siguientes:
*Com a usuari /usuària del Servici de Teleassistència, renuncie voluntàriament a rebre esta prestació pels motius següents:*

En.....a.....de.....de 200....
*, d de 200*

Firma

ILMO SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE VALENCIA
*IL·LM. SR. PRESIDENT DE LA DIPUTACIÓ DE VALÈNCIA*