



RENUNCIA VOLUNTARIA AL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

D/Dª  DNI   
Domicilio  CP   
Municipio  Provincia

Teniendo (marque lo que proceda) :

SOLICITADO /  CONCEDIDO el Servicio de Teleasistencia en esta Corporación Local.

Manifiesto que:

Por lo que renuncio voluntariamente con fecha  a la prestación del mismo .

Lo que firmo a los efectos oportunos,

En  a  de  de

Fdo:

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ÁVILA