



AYUNTAMIENTO DE  
**Palos de la Frontera**

Núm. Expediente:

**PROGRAMA MUNICIPAL DE APOYO A LA TELEASISTENCIA PARA MAYORES**

D./Dña. \_\_\_\_\_ con D.N.I./N.I.E.  
número \_\_\_\_\_, y domicilio en Palos de la Frontera en  
\_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_.

**DECLARA**

QUE CUMPLE LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA SER BENEFICIARIO/A DEL  
PROGRAMA MUNICIPAL DE APOYO A LA TELEASISTENCIA PARA MAYORES  
DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE PALOS DE LA FRONTERA

**SOLICITA**

LE SEA APROBADA LA AYUDA ECONÓMICA DE APOYO A LA TEASISTENCIA  
\_\_\_\_\_ €/MES.

En Palos de la Frontera, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

(firma del Solicitante)

**Adjuntar:**

- \* Fotocopia DNI / NIE
- \* Certificado de Titularidad del Número de Cuenta
- \* Fotocopia del Boletín de Instalación o Contrato de Teleasistencia