



AUTORIZACION DE DISPOSICION DE LLAVES

Nombre usuario/a SAD:

D.N.I.:..... Municipio:

(Rellenar en casos en que el usuario/a no puede firmar la autorización y ha de hacerlo un familiar o representante legal)

Nombre familiar/representante legal:

DNI: Grado de parentesco:

AUTORIZO, en plena facultades mentales y bajo mi responsabilidad a la auxiliar del SAD del Consorcio de Servicios Sociales que prestará el servicio de ayuda a domicilio al usuario/a arriba reseñado para que tenga en su poder las llaves de su domicilio con el fin de que pueda acceder en el horario establecido para la prestación del servicio encomendado; eximiendo a dichas trabajadoras de toda responsabilidad.

En, a..... de..... de.....

Fdo.: