**SOLICITUD DE BAJA POR PARTE DEL INTERESADO O REPRESENTANTE**

D./Dña.  , con DNI , con domicilio en , municipio de  en calidad de

**SOLICITA** causar baja en los servicios referidos a partir de la fecha  de de

**Centro de Acción Social:**

**SERVICIO EN EL QUE SOLICITA CAUSAR BAJA**

**MOTIVO DE LA BAJA**

**Fallecimiento del usuario.**

**Renuncia voluntaria**.

Por la desaparición de la situación de necesidad que motivó su concesión.

Por acceso a otro recurso o servicio incompatible con esta prestación.

Otras causas (Especificar si lo desea:      ).

**Desplazamiento o ausencia del domicilio**

Ausencia del domicilio superior a seis meses.

Ingreso con carácter definitivo en centros de tercera edad o sanitarios.

Por traslado definitivo del usuario a una localidad distinta de aquella en la que tenía fijado su lugar de residencia.

**SÓLO SI LA SOLICITUD DE BAJA ES REALIZADA POR SU REPRESENTANTE**

**Datos del usuario**

Nombre y apellidos:

D.N.I.:

Dirección:

Localidad

En , a  de de **.**

Fdo.:

La Diputación de Palencia en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunica que la presentación de esta solicitud, supone que usted presta su consentimiento expreso para que los datos personales facilitados a través del presente formulario sean incorporados a un fichero titularidad de la Diputación, con domicilio en la calle Burgos 1 (Palacio Provincial) 34001 Palencia, y serán tratados con la finalidad de la correcta y eficiente prestación de los servicios sociales propios de la Diputación.

El solicitante del Servicio, autoriza expresamente a la Diputación Provincial de Palencia a ceder sus datos a terceros organismos necesarios para prestar un correcto servicio. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición, y cancelación de sus datos, deberá dirigirse por escrito a la dirección anteriormente indicada.