ANNEX 7. MODEL PER CANVI DE LOCALITAT DE PERSONES BENEFICIÀRIES DEL SERVEI D'ATENCIÓ DIÜRNA

PERSONA USUÀRIA:	
SERVEI D'ATENCIÓ DIÜRNA AL QUAL ACUDEIX	
EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA D'ORIGEN:	
EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE DESTÍ:	
A causa del trasllat de localitat de residència de la citada persona beneficiària d'un servei d'atenció diürna, i de deixar d'estar en l'àmbit d'actuació de l'Equip d'Atenció Primària d'origen, i com que està en l'actualitat en la zona d'influència de l'Equip d'Atenció Primària de destinació, s'informa i, si escau, se sol·licita: ☐ Continuar en el mateix servei d'atenció diürna en el qual es trobava participant ☐ Cessar la seua participació en aquest servei, pels següents motius: _____ _____ _____ ☐ Canviar de servei d'atenció diürna per: _____	
Si escau, indicar el nou recurs al qual es proposa la derivació:	

_____, _____ de/d' _____ de 20____

_____
Signat: persona responsable de l'Equip d'Atenció Diürna de destí.