

**ANEXO 7. MODELO POR CAMBIO DE LOCALIDAD DE PERSONAS BENEFICIARIAS DEL  
SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA**

PERSONA USUARIA:	
SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA AL QUE ACUDE:	
EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ORIGEN:	
EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE DESTINO:	
<p>Debido al traslado de localidad de residencia de la citada persona beneficiaria de un servicio de atención diurna, dejando de estar en el ámbito de actuación del Equipo de Atención Primaria de origen, y estando en la actualidad en la zona de influencia del Equipo de Atención Primaria de destino, se informa y, en su caso se solicita:</p> <p><input type="checkbox"/> Continuar en el mismo Servicio de Atención diurna en el que se encontraba participando</p> <p><input type="checkbox"/> Cesar su participación en dicho servicio, por los siguientes motivos: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Cambiar de Servicio de Atención Diurna por: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
En su caso, señalar el nuevo recurso al que se propone la derivación:	

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fdo: persona responsable del  
Equipo de Atención Diurna de destino.