

**PARTE JUSTIFICATIVO DIARIO DE ASISTENCIA DEL AUXILIAR DE AYUDA A
DOMICILIO**
Municipio de _____
Domicilio _____

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA USUARIA:					AÑO:	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/LA AUXILIAR DEL SAD:					MES:	
DÍA	HORA DE ENTRADA al domicilio	HORA DE SALIDA del domicilio	El/la Auxiliar ha realizado las tareas adecuadamente ¹ .		FIRMA DE LA PERSONA USUARIA O DE SU REPRESENTANTE LEGAL O FAMILIAR	INCIDENCIA/OBSERVACIÓN ²
			SI	NO		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

¹ La persona usuaria, su representante legal o familiar marcará con una X la opción que proceda.

² La persona usuaria, su representante legal o familiar podrá anotar cualquier incidencia u observación relacionada con el trabajo realizado por el/la Auxiliar del SAD, que desee que conste en el parte diario de asistencia a su domicilio.

13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						