

**ANEXO X (DISPOSIC TRANSITORIA 5.)**

**COMPROMISO DE REALIZAR A FORMACIÓN POLA PERSOA QUE  
PRESTE A ASISTENCIA PERSOAL**

**BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN:**

NOME E APELIDOS

DNI

D/D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,  
con DNI/NIE/PASAPORTE Nº. \_\_\_\_\_,  
actuando en calidade de persoa que presta a asistencia persoal ao  
beneficiario arriba indicado,

**COMPROMÉTESE BAIXO A SÚA RESPONSABILIDADE** a realizar a formación que no seu momento sexa determinada pola Administración competente para quenes presten asistencia persoal a persoas en situación de dependencia.

E para que así conste e surta efectos ante a Consellería de Traballo e Benestar da Comunidade de Galicia, firmo a presente Declaración en \_\_\_\_\_,  
a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Asdo.** \_\_\_\_\_

**Departamento Territorial da Consellería de Traballo e Benestar de \_\_\_\_\_**