



COISES

CONSORZIO INTERCOMUNALE
dei SERVIZI SOCIALI
SUD PONTINO - LT5



**DISATTIVAZIONE
SOSPENSIONE
RINUNCIA
SERVIZIO SAD**

Il/La sottoscritt o/a _____ tel. _____

CHIEDE LA

☐ RINUNCIA

☐ SOSPENSIONE per _____ (indicare il periodo)

delle prestazioni domiciliari previste dal Regolamento “Assistenza Domiciliare Distrettuale”

a favore di _____ nat ____ a _____ il
_____ residente a _____ Via _____ tel.

Per le seguenti motivazioni:

Comune di _____, lì _____

Firma _____

DICHIARA

Ai sensi della D. Lgs. n. 196/2003 sulla riservatezza dei dati personali, di essere stato compiutamente informato sulla finalità e modalità del trattamento dei dati consapevolmente forniti nel presente documento e di autorizzare l'utilizzo e l'archiviazione in banca dati.

Comune di _____, lì _____

Firma _____