



Distretto
Socio Sanitario
LT/5



DISATTIVAZIONE O
SOSPENSIONE
SERVIZIO "SAD
Distrettuale"

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 _____