



SAD
RICHIESTA CHIUSURA DEL SERVIZIO



Spett.le
AMMINISTRAZIONE COMUNALE

OGGETTO: richiesta disattivazione servizio di assistenza domiciliare.

Il/la sottoscritto/a nato/a

Prov. di..... il

residente a Via n°..... tel

C.F.

in nome proprio

in qualità di e per conto di

Cognome Nome.....

nato/a Prov. di..... il

residente a Via n°..... tel

C.F.

CHIEDE

la disattivazione del servizio di assistenza domiciliare a partire da

per il seguente motivo attivazione assistenza privata

inserimento in struttura residenziale/diurna

cambio residenza/trasferimento

decesso

raggiungimento obiettivi

altro.....

Il,

in fede
(il richiedente)

.....



SAD
RICHIESTA CHIUSURA DEL SERVIZIO



INFORMATIVA ai sensi del D.Lgs. del 30 giugno 2003 n.196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”

In relazione ai dati personali contenuti nella presente domanda e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione della prestazione;
- il trattamento è realizzato dal personale del Comune, anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritta dichiarante

.....acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

.....
(luogo e data)

.....
(firma)