

Spett.le COMUNE DI _____

e p.c.

A.T.I.
Coop. Soc. Auxilium – Senise (PZ)
Coop. Soc. “S. Francesco” – Ugento (LE)

OGGETTO: Servizio di Assistenza Domiciliare anziani e disabili

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in via _____,
tel. _____
quale beneficiario del Servizio in oggetto

CHIEDE/COMUNICA

- la RINUNCIA al Servizio a partire dal _____
FIRMA _____
- la SOSPENSIONE del Servizio a partire dal
_____ FIRMA _____
- la RIATTIVAZIONE del Servizio a partire dal
_____ FIRMA _____

per la seguente motivazione:

guarigione;
trasferimento in struttura residenziale;
trasferimento di domicilio;
rifiuto da parte dell'utente al Servizio;
altro _____.

- L'AUMENTO di n. _____ ore settimanali a partire dal
_____ FIRMA _____
- la DIMINUIZIONE di n. _____ ore settimanali a partire dal
_____ FIRMA _____

Data _____

In fede
