



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 \_\_\_\_\_