

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI
servizio programmato per la I annualità del III Piano Sociale Regionale 2016 -2018

Spett.le Ufficio di Piano – Ambito B3
Via Fontanelle c/o ex Convento delle Clarisse

RINUNCIA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ___/___/___ residente a _____ alla

Via _____

Prov _____ CAP _____ Telefono _____

in qualità di *(barrare la voce che interessa)*

beneficiario/a del servizio di assistenza domiciliare agli anziani

familiare del Sig./Si.ra _____ beneficiario/a del servizio di
assistenza domiciliare agli anziani

dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali a carico in caso di
dichiarazioni mendaci o di esibizione e produzione di atti falsi o contenenti dati non più
rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 N.445;

DI RINUNCIARE

alla fruizione del servizio di cui sopra, per la seguente
motivazione _____

_____.

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante
