



Comune di Trissino
Settore III servizi sociali

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI TRISSINO

**DOMANDA DI DISATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA
DOMICILIARE EROGATO DA CODESTO COMUNE**

Il/ la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____ residente a _____
in via _____ telefono _____ / _____
o, in mancanza, n. _____ / _____ relativo al Signor (nome e cognome del
parente o vicino) _____ residente a _____
in via _____ *o, anche, n. _____* relativo
al Signor (nome e cognome del parente o vicino) _____
residente a _____ in via _____

DICHIARA

Per conto del/la (indicare grado di parentela) _____
Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
telefono n. _____

di volere disdire il servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE erogato da codesto Comune per
la seguente
motivazione _____

Trissino, li _____

Firma _____