

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano
dell'Ambito Territoriale Sociale di
Gagliano del Capo

per il tramite del Servizio Sociale Professionale
del Comune di _____

OGGETTO: Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) in favore di persone anziane non autosufficienti e disabili. Comunicazione di _____

Il/la sottoscritto/a _____,

nato a _____ il _____ residente in _____

alla via _____ n. _____ telefono _____

per sé stesso

in qualità di _____ del sig./sig.ra _____
(specificare parentela)

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

residente nel Comune di _____ alla Via _____ Nr. _____

COMUNICA

il DECESSO del beneficiario del servizio avvenuto il _____

CHIEDE

la RINUNCIA del servizio in oggetto a far data dal _____

la SOSPENSIONE del servizio in oggetto dal _____ al _____
chiedendone, altresì, la riattivazione al termine di tale periodo

Per le motivazioni di seguito indicate:

- guarigione
- ricovero in struttura
- trasferimento del domicilio in comune non appartenente al territorio dell'Ambito
- non soddisfazione delle prestazioni offerte
- elevati costi di compartecipazione
- altro _____

l'AUMENTO/DIMINUZIONE di n° _____ ore settimanali del servizio in oggetto a far data dal _____ per la seguente motivazione _____

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati presente nella sezione "Privacy" del sito web del Comune di Gagliano del Capo e di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente richiesta saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

Firma
