

SEGNALAZIONE DI SOSPENSIONE/INTERRUZIONE INTERVENTO SAD

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____

in via _____ CAP _____

in qualità di _____

chiede la:

momentanea sospensione

definitiva interruzione

degli interventi/prestazioni SAD programmati in favore di _____

per il seguente motivo: _____

Sarà mia cura informare il Comune del rientro a domicilio per una rivalutazione dei bisogni assistenziali o ripresa degli interventi/prestazioni autorizzate.

Data, _____

Firma _____