COMUNE DI NERVIANO
(Città Metropolitana di Milano)

Al COMUNE DI NERVIANO
SERVIZI SOCIALI
P.za A. Manzoni, 14
20014 NERVIANO (MI)

Richiesta di sospensione temporanea - interruzione definitiva del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

Il sottoscritto		
Cognome	Nome	Codice fiscale
Residente a	Indirizzo	Telefono

CHIEDE

❑ **la sospensione temporanea del Servizio di Assistenza domiciliare dal …….. al ……..**

❑ **l'interruzione definitiva del Servizio di Assistenza domiciliare a far tempo dal ……..……..**

❑ *(solo in caso di decesso)* **l'interruzione definitiva del Servizio di Assistenza domiciliare usufruito da**

……a far tempo dal ……..……..

Per il seguente motivo:

……
……

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Dichiaro di aver preso visione in sede di iscrizione al servizio in oggetto dell'informativa sulla privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati).

Luogo	data	firma del dichiarante