



**Al Sig. Sindaco  
Comune di Silius  
Via Aldo Moro, 14  
09040 Silius (SU)**

**RICHIESTA DI INTERRUZIONE DEL SERVIZIO ASSOCIATO DI ASSISTENZA DOMICILIARE – AMBITO PLUS SARRABUS GERREI.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in SILIUS (SU) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ telefono fisso n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

per sé medesimo

per il proprio familiare / persona sottoposta a tutela

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in SILIUS (SU) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
telefono fisso n. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**dichiara di voler interrompere il servizio associato di assistenza domiciliare**

**per le seguenti motivazioni (specificare):**

---

---

---

---

**DICHIARA**

di essere informato del fatto che, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo n. 196/03, i dati personali raccolti saranno trattati con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del presente procedimento

- Allega:
- 1) fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del destinatario dell'intervento e di chi presenta l'istanza (se persona diversa dal destinatario);
  - 2) altro (specificare) \_\_\_\_\_.

Silius, li \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_