

RINUNCIA
SOSPENSIONE

AL PRESIDENTE DELL'UNIONE DI
COMUNI DELLA BASSA SABINA

L SOTTOSCRITT_ _____
professione _____ nat_ a _____ il _____
e residente in _____ Via/Piazza _____ N° ____
telefono 0765 _____ secondo telefono _____

CHIEDE di

- sospendere dal..... al..... il
- rinunciare al

Servizio di

(Telesoccorso, Assistenza domiciliare, Centro diurno ecc.) _____

- Per sé stesso
- Per _l_ signor_ _____

dichiara altresì:

- a) che nel caso in cui desideri modificare il periodo indicato di sospensione del servizio ne darà ulteriore comunicazione in tempi utili, nella consapevolezza che questa potrà, o non, essere accolta in base alle disponibilità organizzative.
- b) di essere consapevole che la rinuncia al Servizio comporta la perdita della priorità in graduatoria e che, nel caso in cui si dovesse richiederne la riattivazione, sarà necessario presentare una nuova richiesta.

Data _____

Firma _____