



COMUNE DI STINTINO
Settore Servizi Sociali

Al Sig. Sindaco del
Comune di Stintino

Oggetto: Cessazione servizio di assistenza domiciliare.

La/o sottoscritta _____ nata/o a _____
il _____ residente in _____ in qualità
di _____ **CHIEDE** che venga cessato il servizio di assistenza domiciliare nei
confronti di _____ a partire dal _____ a causa della
seguinte motivazione _____

Data

Firma
