

MODELLO RICHIESTA SOSPENSIONE DEL SAD

AL SINDACO DEL
COMUNE _____

Il sottoscritto:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

COMUNICA

- In nome proprio
- Per conto del beneficiario sottoindicato

BENEFICIARIO/A (compilare solo se si tratta di una persona diversa dal dichiarante)

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

- Che dal _____ al _____ intende sospendere in modo **temporaneo**
- Che dal _____ intende sospendere in modo **definitivo**

il Servizio di Assistenza Domiciliare per i seguenti motivi:

Luogo e data _____

RICHIEDENTE/BENEFICIARIO _____

Nota: Per Permettere una maggior organizzazione del servizio la sospensione **potra' avvenire** a partire dal 3° giorno successivo la data di presentazione della domanda. Sono escluse da tale obbligo (ricoveri improvvisi e il decesso)