



Amministrazione destinataria

Comune di San Salvo

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

## Domanda di sospensione servizio di assistenza domiciliare anziani

### Il sottoscritto

|                      |                      |                      |                      |                             |                      |                               |                      |                          |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale              |                      |                               |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      |                               |                      |                          |                      |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita     |                      | Cittadinanza                |                      |                               |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      |                               |                      |                          |                      |
| Residenza            |                      |                      |                      |                             |                      |                               |                      |                          |                      |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato                     | Interno              | Scala                         | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                          |                      |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

la sospensione del servizio di assistenza domiciliare anziani

- per sè stesso  
 per il seguente familiare o tutelato

### soggetto interessato

|  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome  |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale       |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/>   |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                          |                      |
| Data di nascita  | Sesso                | Luogo di nascita     |                      | Cittadinanza         |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                          |                      |
| Residenza  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| Provincia  | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato              | Interno              | Scala                | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.) |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| A partire dal        | Fino al              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

per il seguente motivo

**Motivazione**

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)**

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

San Salvo

**Luogo**

**Data**

**il dichiarante**