


|  |  |  |
|--|--|--|
|  | Amministrazione destinataria<br>Comune di Flero<br><br>Ufficio destinatario<br>Ufficio servizi socio-assistenziale |  |
|--|--|--|

## Comunicazione di cessazione da prestazioni socio assistenziali

| Il sottoscritto       |                                    |                |                 |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
|-----------------------|------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------------------|--|----------------|-------------------------------|-------|---------|--------------------------|-----|
| Cognome               |                                    |                | Nome            |                             |  | Codice Fiscale |                               |       |         |                          |     |
| Data di nascita       |                                    |                | Sesso           | Luogo di nascita            |  |                | Cittadinanza                  |       |         |                          |     |
| Residenza             |                                    |                |                 |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| Provincia             | Comune                             |                | Indirizzo       |                             |  | Civico         | Barrato                       | Scala | Interno | SNC                      | CAP |
|                       |                                    |                |                 |                             |  |                |                               |       |         | <input type="checkbox"/> |     |
| Telefono cellulare    |                                    | Telefono fisso |                 | Posta elettronica ordinaria |  |                | Posta elettronica certificata |       |         |                          |     |
|                       |                                    |                |                 |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| Soggetto interessato  |                                    |                |                 |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| <input type="radio"/> | per sè stesso                      |                |                 |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| <input type="radio"/> | per la persona di seguito indicata |                |                 |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| Cognome               |                                    |                | Nome            |                             |  | Codice Fiscale |                               |       |         |                          |     |
| Sesso                 |                                    |                | Data di nascita | Luogo di nascita            |  |                | Cittadinanza                  |       |         |                          |     |
|                       |                                    |                |                 |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| In qualità di (*)     |                                    |                |                 |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
|                       |                                    |                |                 |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

### COMUNICA

la cessazione dal servizio

| Servizi                  |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | assistenza domiciliare                                       |
| <input type="checkbox"/> | assistenza domiciliare educativa                             |
| <input type="checkbox"/> | mini appartamento  |
| <input type="checkbox"/> | pasti a domicilio  |
| <input type="checkbox"/> | servizi semi residenziali (C.S.E o C.D.D o S.F.A)            |
| <input type="checkbox"/> | servizi residenziali (case di riposo per anziani e disabili) |
| <input type="checkbox"/> | telesoccorso   |
| <input type="checkbox"/> | trasporto sociale anziani                                    |
| <input type="checkbox"/> | contributo economico per                                     |
| <input type="checkbox"/> | altro <i>(specificare)</i>                                   |

### in quanto

Descrizione della situazione che motiva la cessazione del servizio o contributo

### Elenco degli allegati

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

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare)   |

### 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)*

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

|       |      |                |
|-------|------|----------------|
| Flero |      |                |
| Luogo | Data | Il dichiarante |