

AL COMUNE DI ASCOLI PICENO  
SETTORE SERVIZI SOCIALI

**OGGETTO: rinuncia Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) persona con disabilità**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, residente ad Ascoli Piceno

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

comunica la rinuncia al Servizio di Assistenza Domiciliare per il seguente

motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Distinti saluti.

Ascoli Piceno \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_