

COMUNE DI ASCOLI PICENO
Settore Servizi Sociali

OGGETTO: rinuncia servizio S.A.D. Disabili.

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 _____