

**DOMANDA DI CESSAZIONE  
dai Servizi Anziani**

**Al Sindaco del Comune di Alfonsine**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**comunica la CESSAZIONE dell'utente**

\_\_\_\_\_

a partire dal \_\_\_\_\_ dal seguente servizio:

Centro Diurno di via Donati

Centro Diurno di Longastrino

Casa Protetta "A. Boari"

Pasti a domicilio

Assistenza domiciliare

Alfonsine, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_