



COMUNE DI CASTIGLIONE D'ADDA

Provincia di Lodi

RICHIESTA DI SOSPENSIONE SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Al Signor Sindaco del comune di Castiglione D'Adda

Il/La Sottoscritta _____

Nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

Residente in via/piazza _____ a _____

Telefono _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____ Grado di Parentela _____

in nome e per conto di:

(compilare solo se diverso dal richiedente)

Soggetto interessato al servizio _____

Nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

Residente in via/piazza _____, Castiglione d'Adda

Telefono _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____ Medico curante _____

CHIEDE

1 - di sospendere il servizio SAD

☐ definitivamente a partire dal ____/____/____

☐ temporaneamente dal ____/____/____ al ____/____/____

Nominativo e recapito telefonico di altri referenti che si possono contattare:

Cognome _____ Nome _____ grado di parentela _____

Cellulare _____ email _____

INFORMATIVA PRIVACY (Reg.UE 2016/679 e D.Lgs.196/2003, così come modificato ed integrato dal D.Lgs.101/2018)

Tutti i dati personali sono trattati in conformità alle vigenti informative in materia di privacy, per il perseguimento delle finalità istituzionali del Comune, per la corretta gestione dei rapporti con l'interessato e connessi obblighi di legge. I dati possono essere trattati da soggetti autorizzati ed istruiti o da soggetti pubblici e privati che per legge o regolamento sono tenuti o possono conoscerli. I dati saranno conservati per tempi compatibili con la finalità della raccolta e connessi obblighi di legge. Gli interessati possono esercitare tutti i diritti di cui agli art.15-21 del Reg.UE 2016/679, contattando il Titolare o il DPO. Informativa completa e riferimenti disponibili su:

www.comune.castiglionedadda.lo.it

Castiglione D'Adda, ____/____/____

FIRMA
