



MODULO FINE SERVIZIO

MFS
PQ03

ED.1

NOME

SERVIZIO

Assistenza Domiciliare

Il presente modulo è teso a registrare la conclusione del servizio reso. La preghiamo pertanto, di compilarlo in ogni sua parte e di restituirlo a:

Comune di Uri – Area Servizi Sociali– 07040 URI - Telefono 079-4187052 – 055 – 064 Fax 0794187073

TIPOLOGIA SERVIZIO

DATA INIZIO

DATA CONCLUSIONE

MOTIVAZIONI CONCLUSIONE .

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a Uri in via _____ in qualità di _____
del nucleo _____

DICHIARA di volere concludere il servizio di Assistenza domiciliare erogato dal servizio sociale del Comune di Uri dal _____.

DATA _____ --

FIRMA

Per il BENEFICIARIO

FIRMA COMPILATORE

VISTO RESPONSABILE AREA

VISTO RAPPRESENTANTE DELLA DIREZIONE