



SERVIZIO UCP-Dom

OGGETTO: Rinuncia prestazioni

Con la presente il\la sottoscritto\a _____, in qualità di:

- Assistito del servizio
- Familiare del\la sig.re\ra _____

CHIEDE:

la sospensione di n° _____ prestazioni di tipo _____ come prescritte dal PAI, nel periodo di presa in carico dal _____ al _____

Data _____

FIRMA

