

Alla cortese attenzione del Consorzio Intercomunale dei Servizi alla Persona (CISAP) –
Comuni di Collegno e Grugliasco

DICHIARAZIONE DI RINUNCIA

La/Il sottoscritta/o
nata/o a(.....) il.....
residenza.....
telefono.....cell.....
e-mail.....
PEC.....

DICHIARA

di voler rinunciare alla domanda di assistenza economica presentata

in data.....(prot. n.....)

DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONEN°

RILASCIATO DAIN DATA

Data.....

Firma.....