

Spett.le Direttore D.S.S. di Bari

**ASSISTENZA DOMICILIARE, RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE
 RINUNCIA**

Il /la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. (_____)
 il _____ residente a _____ Prov.(_____) CAP _____
 Via _____ n. _____ tel. _____
 Codice Fiscale _____

per se stesso
 in qualità di : familiare tutore Amministratore di Sostegno Altro _____
 del Sig/Sig.ra _____ (grado di parentela _____)
 nato/a _____ Prov. (_____) CAP _____
 residente a _____ Prov. (_____) CAP _____
 Via _____ n. _____ tel. _____
 Codice Fiscale _____
 documento di riconoscimento tipo _____ n. _____ rilasciato il _____

COMUNICA DI VOLER RINUNCIARE

all'Assistenza Domiciliare/Residenziale/Semiresidenziale (specificare)

<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare	<input type="checkbox"/> Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	<input type="checkbox"/> Residenza Socio Sanitaria Assistenziale (RSSA)	<input type="checkbox"/> Diurno Disabili	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Hospice	<input type="checkbox"/> Dopo di Noi	<input type="checkbox"/> Casa per la Vita	<input type="checkbox"/> Diurno Demenze	

Per la seguente motivazione (segnare):

- migliorare o ristabilire condizioni di salute o di autonomia funzionale (si allega certificazione sanitaria)
 - migliorare o ristabilire condizioni socio-familiari (si allega certificazione dell'Assistente Sociale)
 - aggravamento delle condizioni di salute con ricovero ospedaliero
 - decesso
 - altro
- (specificare) _____

"I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI - Lungomare Starita 6, 70123 Bari) - email: dpo@asl.bari.it - pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (<http://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>) nell'apposita sezione Privacy."

Data _____

Firma _____

La sospensione ha una durata massimo di n.....giorni dalla data di comunicazione di avvenuta sospensione.

Al termine deigiorni la sospensione si traduce inderogabilmente in rinuncia.