



AL SIG. SINDACO

COMUNE DI BRIGNANO GERA D'ADDA

OGGETTO: RICHIESTA CESSAZIONE PASTI A DOMICILIO

Il sottoscritto/a _____

In qualità di _____ tel. _____

CHIEDO LA CESSAZIONE DEI PASTI A DOMICILIO PER:

Nato/a a _____ il ____/____/____ tel. _____

La cessazione è richiesta a partire dal giorno ____/____/____

Per il seguente motivo : _____

Informativa resa ai sensi dell'art.13 del D.lgs 196/2003, nonché del GDPR 2016

Brignano Gera d'Adda, li ____/____/____

FIRMA
