



ASSESSORATO SANITÀ, SALUTE E POLITICHE SOCIALI
Struttura Politiche Sociali e giovanili
Ufficio formazione e aggiornamento in ambito socio-sanitario
Loc. Grande Charrière, 40
11020 SAINT-CHRISTOPHE

ASSISTENTE PERSONALE ELENCO UNICO REGIONALE

MODULO di CANCELLAZIONE DALL'ELENCO

*(può essere consegnato a mano, spedito all'indirizzo sopra indicato, o tramite fax al n° 0165-527100
per informazioni: telefono 0165/527130-527013)*

In caso di rinuncia, la invitiamo a darci segnalazione immediata compilando il seguente riquadro.

RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DALL'ELENCO ASSISTENTI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

CHIEDE di essere cancellato dall'Elenco Unico Regionale degli Assistenti Personali della Regione Autonoma Valle d'Aosta

Data _____ Firma _____

Questo modulo può essere consegnato direttamente all'indirizzo indicato in alto, o spedito via fax al n. 0165/527100)