



ASSESSORATO SANITÀ, SALUTE E POLITICHE SOCIALI  
Ufficio formazione  
Rue de la Maladière, 12  
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 0165/527130-527117)*

**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)