



RENUNCIA VOLUNTARIA AL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

D/Dª DNI
Domicilio CP
Municipio Provincia

Teniendo (marque lo que proceda) :

SOLICITADO / CONCEDIDO el Servicio de Ayuda a Domicilio en esta Corporación Local.

Manifiesto que:

Por lo que renuncio voluntariamente con fecha a la prestación del mismo .

Lo que firmo a los efectos oportunos,

En a de de

Fdo:

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ÁVILA