**RICHIESTA CANCELLAZIONE DAL REGISTRO ASSISTENTI FAMILIARI**

Al Comune/Ambito di

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto/a al Registro degli Assistenti Familiari di questo Ambito territoriale a far tempo dal………………………………., n. iscrizione……………………………..

**CHIEDE**

la cancellazione dal Registro degli Assistenti familiari con decorrenza immediata (o “a partire dal……………”).

Pertanto dichiara di NON VOLER ricevere richieste relative ad opportunità di lavoro in qualità di assistente familiare e chiede che il suo nominativo non venga più utilizzato a questo fine.

Distinti saluti

Luogo e data firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_