

	Amministrazione destinataria Comune di Medolago  Ufficio destinatario Servizi sociali	
---	---	--

## Domanda di iscrizione al servizio pasti a domicilio

Il sottoscritto					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata
in qualità di					
Motivazione					
<input type="checkbox"/>	anziano ultrasessantacinquenne				
<input type="checkbox"/>	disabile, pertanto				
	<b>allega copia del verbale attestante lo stato di disabilità</b>				
<input type="checkbox"/>	in difficoltà temporanea				
	<b>allega copia della certificazione sanitaria attestante la propria difficoltà temporanea</b>				

### CHIEDE

di usufruire del servizio di pasti a domicilio dal

Data inizio

con forno a microonde	
Utilizzo forno a microonde	
<input type="radio"/>	sì
<input type="radio"/>	no

### CHIEDE INOLTRE

<input type="checkbox"/>	la riduzione del costo del servizio, dichiarando di possedere il seguente ISEE		
	Importo ISEE	Data di rilascio	Data fine validità

