


| | | |
|---|---|--|
|  | 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 | | | | |
| | allega copia del verbale attestante lo stato di disabilità | | | | |
| <input type="checkbox"/> | in difficoltà temporanea | | | | |
| | allega copia della certificazione sanitaria attestante la propria difficoltà temporanea | | | | |

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 |
| | | | |

COMUNICA INOLTRE

di avere le seguenti esigenze alimentari sanitarie

| Esigenze alimentari |
|---|
| |
| allega copia del certificato medico per allergie o intolleranze alimentari |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di essere a conoscenza che la distribuzione del pasto è prevista dal lunedì al venerdì dalle 11:30 alle 12:30

S'IMPEGNA INOLTRE A

- a contribuire nella misura di 4,81 € a pasto, mediante apposito versamento alla tesoreria comunale, con cadenza mensile, su richiesta dell'ente
- mantenere in buone condizioni i contenitori e/o le stoviglie che gli vengono consegnate per i pasti e a restituirle come da regolamento nelle medesime condizioni in cui gli vengono date
- rispettare gli orari di consegna dei pasti e di restituzione dei contenitori

| Eventuali annotazioni |
|--|
| |

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | copia del verbale attestante lo stato di disabilità |
| <input type="checkbox"/> | copia della certificazione sanitaria attestante la propria difficoltà temporanea |
| <input type="checkbox"/> | copia del certificato medico per allergie o intolleranze alimentari |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza. |
|--------------------------|---|

| | | |
|----------|------|----------------|
| Medolago | | |
| Luogo | Data | Il dichiarante |