

OGGETTO: MODULO PER LA DOMANDA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO PASTI A DOMICILIO.

Il Sottoscritto/a (Cognome).....(Nome).....

Nato/a aProv.....il

.....residente a..... in

via/piazza.....n.....Cap.....

Recapito telefonico.....; grado di parentela o
affinità.....; motivazione per cui viene richiesta l'attivazione del
servizio.....

PER

Il Sig.r/La Sig.ra.....

Nato/a aProv.....il

.....residente a..... in

via/piazza.....n.....Cap.....

Recapito telefonico.....;

RICHIEDE

Di poter usufruire del servizio di trasporto pasti a domicilio:

- Per il seguente periodo: dal.....al.....
- Nei seguenti giorni:

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lunedì | <input type="checkbox"/> Giovedì | <input type="checkbox"/> Domenica |
| <input type="checkbox"/> Martedì | <input type="checkbox"/> Venerdì | |
| <input type="checkbox"/> Mercoledì | <input type="checkbox"/> Sabato | |

Dati da indicare ai fini del monitoraggio:

Tipologia di utenza: anziano; disabile; disagio adulto; salute mentale; minori e famiglia.

SI IMPEGNA

A sostenere il costo del servizio richiesto dalla data di inizio della consegna del pasto a domicilio.

Consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi degli art.495 e art. 496 del Codice Penale.

DICHIARA

Inoltre di essere informato che:

- I dati raccolti nella presente domanda sono acquisiti ed utilizzati per i fini istituzionali del Comune di residenza in applicazione del Regolamento UE 679/2016.
- I dati saranno trattati anche attraverso strumenti informatici automatizzati e potranno essere comunicati ad altri settori dell'Amministrazione comunale e, in forma aggregata, a istituti pubblici sempre nell'ambito delle funzioni istituzionali;
- Il titolare della banca dati è il legale rappresentante dell'Amministrazione comunale.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE:

- DOCUMENTO D' IDENTITA' DEL RICHIEDENTE;
- DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL BENEFICIARIO, SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE;
- ISEE;
- SCHEDE SANITARIE.

Luogo e data.....

Firma

SCHEDA SANITARIA

(a Cura del Medico di Medicina Generale)

Anamnesi e situazione clinica attuale:

Presenza di intolleranze o allergie ad alimenti:

Si(indicarle)

No.

Necessità di dieta:

Si (Allegare certificato medico, con la descrizione della dieta da seguire);

No.

Firma del Medico di base
