

Amministrazione destinataria
 Comune di Castiglione delle Stiviere

Ufficio destinatario
 Ufficio servizi sociali

Domanda di attivazione del servizio di consegna pasti a domicilio

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'erogazione del servizio di consegna pasti a domicilio

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)				

attualmente residente in

Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Piano SNC CAP

per il seguente motivo

Motivazione

Data di attivazione

nei seguenti giorni

Giorni

Sabato

- non intende usufruire del servizio il sabato
- intende usufruire del servizio il sabato

Festività infrasettimanali

- non intende usufruire del servizio durante le festività infrasettimanali
- intende usufruire del servizio durante le festività infrasettimanali

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

- le seguenti preferenze alimentari

Primo piatto

- pasta asciutta
- minestra in brodo
- minestrone
- alternato

Altro

- dieta in bianco
- alimenti di facile masticazione

Non gradisce**Problematiche sanitarie a rilevanza alimentare**

- diabete
- assume cumadin
- diverticoli
- celiachia
- altro (specificare)

ISEE

- presenta contestualmente alla domanda la certificazione ISEE in corso di validità
- allega copia attestazione ISEE**
- intende presentare certificazione ISEE entro otto giorni dalla presente richiesta
- non presenta certificazione ISEE con conseguente addebito del costo massimo a pasto

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | copia dell'attestazione ISEE |
| <input type="checkbox"/> | copia della certificazione medica per dieta speciale |
| <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)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Castiglione delle Stiviere

Luogo

Data

il dichiarante