

OGGETTO: DOMANDA ATTIVAZIONE SERVIZIO PASTI A DOMICILIO
(criteri di compartecipazione degli utenti al costo dei servizi)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ n. _____

codice fiscale _____

tel. _____ email: _____

in qualità di:

- ☐ Beneficiario
- ☐ Familiare (specificare grado di parentela) _____
- ☐ Amministratore di sostegno (indicare gli estremi del decreto di nomina) _____
- ☐ Tutore (indicare gli estremi del decreto di nomina) _____
- ☐ Curatore (indicare gli estremi del decreto di nomina) _____

CHIEDE PER CONTO E A FAVORE DI

(Nome) _____ (Cognome) _____

data di nascita: _____ luogo di nascita: _____

codice fiscale _____ Cittadinanza _____

residente a _____ in via _____ n. _____

Tel. _____ e_mail _____

Medico Curante: _____ Telefono _____

L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI CONSEGNA PASTI AL DOMICILIO

dal _____ fino al _____ nei seguenti giorni

☐ Lunedì	☐ pranzo	☐ cena	Si richiede il forno microonde in comodato d'uso gratuito ☐ SÌ ☐ NO
☐ Martedì	☐ pranzo	☐ cena	
☐ Mercoledì	☐ pranzo	☐ cena	
☐ Giovedì	☐ pranzo	☐ cena	
☐ Venerdì	☐ pranzo	☐ cena	
☐ Sabato	☐ pranzo	☐ cena	
☐ Domenica	☐ pranzo	☐ cena	

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI (ART.46 DPR 445 DEL 28/12/2000)

DICHIARO

- ☐ Che non necessita di dieta personalizzata non avendo alcuna patologia che possa richiedere una dieta personalizzata.
- ☐ Che a causa delle patologie sofferte necessita di dieta personalizzata, a tal fine allega una semplice certificazione del medico curante per la predisposizione della dieta

DICHIARA INOLTRE

- ☐ Di non voler fornire il Modello ISEE e quindi di accedere al servizio con tariffa non agevolata prevista dai criteri di compartecipazione degli utenti di cui si riceve informativa .
- ☐ Di presentare il Modello ISEE per accedere alla tariffa agevolata.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA PROPRIA QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DEL SERVIZIO

La richiesta di pagamento del Servizio Pasti a domicilio sarà consegnata alla fine di ogni bimestre
Il pagamento ***dovrà essere eseguito mediante la piattaforma PagoPA utilizzando il bollettino allegato, presso gli uffici postali o tabaccherie***

Si allegano alla presente

- ☐ Attestazione ISEE in corso di validità (per applicazione tariffa)
- ☐ Carta d'Identità del richiedente il servizio
- ☐ Certificazione medica attestante eventuali necessità alimentari
- ☐ Eventuale altra documentazione utile all'attivazione del Servizio

Suisio, _____

firma _____

Il Comune, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, informa l'utente che il conferimento dei dati è obbligatorio, che i soggetti che verranno a conoscenza dei dati personali sono i Responsabili dei settori competenti e che i dati verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e le attività inerenti al Servizio. L'utente dichiara di essere informato circa il diritto di accesso ai dati personali.
Titolare del trattamento dati è il Sindaco pro-tempore.

Suisio, _____

firma _____

Ufficio servizio alla Persona Compilazione a cura dell' Assistente Sociale

Si autorizza il servizio Pasti a domicilio a decorrere dal giorno _____

In base all'attestazione isee presentata il costo del pasto cadauno sarà di € _____

FIRMA _____