

OGGETTO: domanda attivazione servizio Pasti a domicilio
(criteri di compartecipazione degli utenti al costo dei servizi dgc n.40 del 16/05/2019)

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 _____ per _____

nei seguenti giorni

<input type="checkbox"/> Lunedì	<input type="checkbox"/> pranzo	<input type="checkbox"/> cena	Si richiede il forno microonde in comodato d'uso gratuito <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Martedì	<input type="checkbox"/> pranzo	<input type="checkbox"/> cena	
<input type="checkbox"/> Mercoledì	<input type="checkbox"/> pranzo	<input type="checkbox"/> cena	
<input type="checkbox"/> Giovedì	<input type="checkbox"/> pranzo	<input type="checkbox"/> cena	
<input type="checkbox"/> Venerdì	<input type="checkbox"/> pranzo	<input type="checkbox"/> cena	
<input type="checkbox"/> Sabato	<input type="checkbox"/> pranzo	<input type="checkbox"/> cena	
<input type="checkbox"/> Domenica	<input type="checkbox"/> pranzo	<input type="checkbox"/> 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.

IN RELAZIONE ALLE MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA PROPRIA QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DEL SERVIZIO

- il pagamento sarà effettuato presso la Tesoreria Comunale Banca Intesa San Paolo Filiale Di Terno D'isola E/O Calusco D'adda esibendo allo sportello la richiesta di pagamento del Comune unitamente al proprio codice fiscale **(indicando nella causale il nome utente e servizio)**
- mediante bonifico bancario intestato alla tesoreria del Comune di Suisio Banca Intesa **IBAN IT03 C030 6953 9300 0000 0007 961 (indicando nella causale il nome utente e servizio)**
- **Mediante Bancomat presso gli uffici Comunali, previo appuntamento telefonico chiamando il numero 035/901123 interno 6 dalle ore 9.00 alle ore 13.00 nei giorni di martedì e giovedì.**

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 _____

Compilazione a cura dell'Assistente Sociale

SI AUTORIZZA IL SERVIZIO PASTI A DECORRERE DAL GIORNO _____

IN BASE ALL'ATTESTAZIONE ISEE PRESENTATA IL COSTO DEL PASTO CADAUNO SARA' DI € _____

FIRMA ASSISTENTE SOCIALE _____