

	Amministrazione destinataria Comune di Nave 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					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

l'erogazione del servizio di consegna pasti a domicilio

<input type="radio"/>	per sè stesso																																																						
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																																						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="3">Cognome</td> <td colspan="3">Nome</td> <td colspan="3">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data di nascita</td> <td>Sesso</td> <td colspan="3">Luogo di nascita</td> <td colspan="3">Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="9">In qualità di (*)</td> </tr> <tr> <td colspan="9"></td> </tr> </table>		Cognome			Nome			Codice Fiscale												Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza												In qualità di (*)																	
Cognome			Nome			Codice Fiscale																																																	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza																																																	
In qualità di (*)																																																							

In qualità di ()*:

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

<input type="radio"/>	da lunedì a venerdì
<input type="radio"/>	da lunedì a sabato

per il seguente periodo
Data di inizio

attualmente residente in											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	

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 condizioni economiche ISEE del nucleo familiare ai fini dell'agevolazione sulla quota di compartecipazione

Importo ISEE	Data di rilascio	Numero di protocollo DSU
€		

- di non fornire le condizioni economiche ISEE e di essere consapevole che questo comporta l'applicazione della tariffa massima
- di accettare l'eventuale quota di compartecipazione ai costi del servizio, come da vigenti tariffe di contribuzione di accesso ai servizi socio-assistenziali
- di impegnarsi a corrispondere all'ente, nei termini stabiliti, l'importo richiesto sulla base del reddito ISEE, consapevole che, nel caso si fosse scelto di non presentare l'attestazione ISEE, questo comporterà l'applicazione della tariffa massima
- di necessitare di una dieta particolare

pertanto allega copia della certificazione medica per dieta speciale

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

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

<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)

<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 della pratica.
--------------------------	--

Nave		
Luogo	Data	Il dichiarante