



Amministrazione destinataria

Comune di Chiari

Ufficio destinatario

Servizi sociali

Domanda di attivazione del servizio di consegna pasti a domicilio

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

CHIEDE

l'erogazione del servizio di consegna pasti a domicilio

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

in qualità di (*)

Ruolo

In qualità di ():
 amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale*

attualmente residente in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>						

nei seguenti giorni

- Giorni
- lunedì
- martedì
- mercoledì
- giovedì
- venerdì
- sabato
- domenica

per i seguenti pasti

Pasti

- solo pranzo
- pranzo e cena

ulteriori persone beneficiarie del servizio

Cognome	Nome

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

- che la persona per la quale si chiede l'attivazione dei pasti a domicilio possiede un ISEE in corso di validità pari a

Valore ISEE

€

- che la persona per la quale si chiede l'attivazione dei pasti a domicilio necessita di dieta speciale

Specificare il tipo di dieta richiesta

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)

- copia della certificazione medica per dieta speciale
- copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- copia dell'attestazione ISEE
- documentazione attestante la nomina del tutore legale
(da allegare in caso di richiesta effettuata dal tutore legale)
- copia del documento d'identità dell'utente
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa dal medesimo)
- copia del documento d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

- 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.

Chiari

Luogo

Data

Il dichiarante