

	<p style="text-align: center;">Amministrazione destinataria Città di Ponte San Pietro</p> <p style="text-align: center;">Ufficio destinatario Ufficio servizi sociali</p>	
--	---	--

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	
Parente di riferimento				
Medico curante				

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%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Cognome</th> <th colspan="2">Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <th>Data di nascita</th> <th>Sesso</th> <th colspan="2">Luogo di nascita</th> <th>Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="5">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> </tr> </tbody> </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

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

nei seguenti giorni
Giorni

per il seguente motivo

Motivazione

Nominativo di eventuali altri parenti di riferimento e contatti

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

- di essere consapevole della necessità di compilazione e sottoscrizione di mandato SEPA per procedere con il pagamento del servizio

Tariffa agevolata

di non voler fornire il modello ISEE e quindi di accedere al servizio con tariffa non agevolata

di presentare il modello ISEE per accedere alla tariffa agevolata, pertanto

allega copia dell'attestazione ISEE

Eventuali annotazioni

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 della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<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.
--------------------------	--

Ponte San Pietro		
Luogo	Data	Il dichiarante