Amministrazione destinataria

Comune di Castel Mella

Ufficio destinatario

Ufficio Servizi sociali

Domanda di accesso al servizio di fornitura pasti al 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**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'erogazione del servizio di telesoccorso

- ○ per sé stesso
- ○ per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

attualmente residente in

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

per il seguente motivo

Motivazione richiesta

nei seguenti giorni della settimana

Giorni per i quali si chiede l'attivazione del servizio

- [ ] lunedì
- [ ] martedì
- [ ] mercoledì
- [ ] giovedì
- [ ] venerdì

Tipologia pasti

- ○ un pasto giornaliero
- ○ due pasti giornalieri

Esigenze particolari come cibo sminuzzato, frullato, ecc.

CHIEDE INOLTRE

- [ ] l'attivazione della seguente dieta speciale

Descrizione dieta speciale

pertanto allega copia della certificazione medica per dieta speciale

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 fruitrice del servizio è riconosciuta invalida civile al 100% con indennità di accompagnamento, come da verbale allegato
- [ ] che la persona fruitrice del servizio è riconosciuta invalida civile con il seguente punteggio come da verbale allegato

% invalidità

%

- [ ] che la persona fruitrice del servizio percepisce una pensione di invalidità
- [x] che l'ISEE del nucleo familiare ammonta a

Importo ISEE €

Scadenza

- [x] che il medico curante della persona fruitrice del servizio è

Cognome	Nome	Numero di telefono

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 del certificato di invalidità civile
- ☐ copia della certificazione medica per dieta speciale
- ☐ copia del documento d'identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

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.

Castel Mella		
Luogo	**Data**	**il dichiarante**