



**MODULO DI RICHIESTA  
FORNITURA PASTI A DOMICILIO  
A PERSONE ANZIANE E DISABILI**

**COMUNE DI SONDALO**

Cod. 7 Cat. Fasc. \_\_\_\_\_

Assegnato a **UFFICIO SEGRETERIA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

chiede l'attivazione del servizio "**PASTI A DOMICILIO**":

- per sé stesso /a  
 in favore del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SUL DESTINATARIO DEL SERVIZIO:**

Utente SAD  SI  NO  
Stato civile (specificare) \_\_\_\_\_  
Medico curante (specificare) \_\_\_\_\_  
Percentuale di invalidità (specificare) \_\_\_\_\_

GIORNI IN CUI SI RICHIEDE LA FORNITURA:

Lunedì  Martedì  Mercoledì  Giovedì  Venerdì

Il servizio si rende necessario a partire dal giorno \_\_\_\_\_

A tal fine, dichiara, sotto la propria personale responsabilità, che il sottoscritto/la persona che usufruirà del pasto:

- non presenta intolleranze alimentari  
 presenta intolleranze alimentari (specificare) \_\_\_\_\_

si impegna a provvedere autonomamente al pagamento della tariffa dovuta, nell'importo che verrà comunicato dall'Amministrazione Comunale al seguente indirizzo e-mail:

chiede l'addebito della tariffa dovuta come da autorizzazione rilasciata al Comune di Sondalo per l'addebito con SEPA Direct Debit (SDD).

*Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento europeo UE 2016 679, in materia di protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma