



**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