

RICHIESTA FORNITURA PASTI A DOMICILIO

Al Signor Sindaco
del Comune di
SUSEGANA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, residente a _____
in via _____ n° _____ Tel. _____

CHIEDE

l'attivazione del Servizio di fornitura Pasti a domicilio, consistente nella consegna del pasto di mezzogiorno (composto da primo, secondo con contorno, frutta e pane) presso la propria abitazione (nominativo sul campanello _____), in orario compreso tra le ore 11.30 e le ore 13.00.

La richiesta è motivata dalle seguenti condizioni:

- persona non autosufficiente come da attestazione medica in allegato, da cui derivi impossibilità a provvedere in modo autonomo alla preparazione dei propri pasti;
- temporanea impossibilità dei parenti a provvedere alla preparazione dei pasti per problemi di salute o per problematiche familiari (per il periodo dal _____ al _____);
- necessità, valutata dai Servizi Sociali del Comune o dell'ASL di concedere un sostegno ai parenti impegnati nell'assistenza di soggetti anziani, disabili, portatori di patologie psichiatriche o che si trovino in situazioni di disagio;
- altro: _____

A tal fine

DICHIARA

- di essere a conoscenza che il pagamento del pasto avviene in via anticipata tramite l'acquisto di buoni pasto (€4,50 cadauno importo anno 2017).
- di **non essere** intollerante e/o allergico verso alcun alimento e di **non soffrire** di alcuna patologia di tipo alimentare
- di **essere** intollerante e/o allergico ai seguenti alimenti: _____
- di **soffrire** delle seguenti patologie di tipo alimentare: _____
- di essere a conoscenza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), che i dati personali raccolti, saranno trattati dal Comune di Susegana, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e potranno essere trasmessi a ditte appaltatrici del servizio. Dichiaro, altresì, di aver acquisito le informazioni di cui all'art. 13 D.Lgs. 196/2003 e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto in particolare conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 22 del citato decreto e specificatamente nei "dati personali idonei a rilevare lo stato di salute". La presente dichiarazione viene resa e potranno essere trasmessi a ditte appaltatrici del servizio.

Susegana, _____

Il Richiedente(*) _____

(*) qualora la persona sia impossibilitata a sottoscrivere personalmente la domanda, compilare sezione nel retro

- Annotazione estremi documento di identità _____
- Firma apposta dal dichiarante in presenza di _____
- Allegata copia del documento di identità _____

PERSONA DI RIFERIMENTO:

Cognome e nome relazione
Via n..... città
Telefono

Da compilare, a cura di un familiare, qualora la persona sia impossibilitata a sottoscrivere personalmente la domanda

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, residente a _____
in via _____ n° _____ Tel. _____
in qualità di _____ del Sig./ra _____,
fa presente che le condizioni psicofisiche di tale persona sono tali da non consentire la sottoscrizione della presente domanda, che, pertanto, presenta per suo conto.

Data ____/____/____

Firma _____

Da compilare a cura dei Servizi Sociali:

La presente domanda viene:

accolta con decorrenza dal _____

respinta in quanto _____

Comunicazione all'interessato in data _____.

Ass. Sociale _____

Note: _____

Cessazione del servizio in data _____

Per le seguenti motivazioni _____

Ass. Sociale _____