



Amministrazione destinataria
 Comune di Buccinasco

 Ufficio destinatario
 Servizio socio assistenziale

Domanda di attivazione del servizio di consegna pasti a domicilio

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
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

la fornitura del pasto a domicilio

- per sè stesso
 per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome			Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza			

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)

nei seguenti giorni

Giorni	
<input type="checkbox"/>	lunedì
<input type="checkbox"/>	martedì
<input type="checkbox"/>	mercoledì
<input type="checkbox"/>	giovedì
<input type="checkbox"/>	venerdì

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 abitare nella seguente abitazione

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

che sul citofono è presente la seguente indicazione

Indicazione citofono

- che il richiedente non è assistito da assistente familiare o badante
- che nell'abitazione è presente un'ascensore
- di voler usufruire di una dieta specifica (pertanto allega copia del certificato medico)

che il certificato medico è stato redatto dal/la Dottor/essa

Cognome del medico	Nome del medico	Numero di telefono del medico

- di voler una bottiglietta di acqua naturale
- di voler una bottiglietta di acqua gasata
- di non voler la consegna di nessuna bottiglietta

DICHIARA INOLTRE

- che si impegna a concorrere alla spesa per quanto stabilito dalle modalità organizzative del servizio "pasti a domicilio"
- di accettare le condizioni previste dalle modalità organizzative del servizio in oggetto

- di voler allegare la propria attestazione ISEE
- di non voler allegare la propria attestazione ISEE consapevole che ciò comporta il pagamento della retta massima vigente

che il referente a cui rivolgersi in caso di necessità è

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

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 della certificazione medica per dieta speciale
- copia dell'attestazione ISEE
- copia del documento di identità
- (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati (specificare)

Buccinasco

Luogo

Data

il dichiarante

