

	Amministrazione destinataria Comune di Capriate San Gervasio  Ufficio destinatario	
---	---	--

## 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	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	
Domicilio								
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	
Telefono fisso		Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata		

### CHIEDE

l'erogazione del servizio di consegna pasti a domicilio

Soggetto interessato					
<input type="radio"/>	per sè stesso				
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato				
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
In qualità di (*)					

In qualità di (\*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in							
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Piano

per il seguente motivo
Motivazione della domanda di attivazione del servizio

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 possedere il seguente ISEE, in quanto interessato ad accedere alle prestazioni agevolate e consapevole che in sua assenza verrà applicata la tariffa pari al 100% del costo

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
€		

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input type="checkbox"/>	copia della certificazione medica per dieta speciale
<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

### 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)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Capriate San Gervasio		
Luogo	Data	Il dichiarante