



## COMUNE DI BOLTIERE

### Ufficio Servizi alla Persona

### Richiesta servizio di consegna pasti a domicilio

| Il sottoscritto                       |                |                                |           |                |
|---------------------------------------|----------------|--------------------------------|-----------|----------------|
| Cognome                               |                | Nome                           |           | Codice Fiscale |
|                                       |                |                                |           |                |
| Data di nascita                       | Sesso          | Luogo di nascita               |           |                |
|                                       |                |                                |           |                |
| Residenza                             |                |                                |           |                |
| Provincia                             | Comune         |                                | Indirizzo | Civico    CAP  |
|                                       |                |                                |           |                |
| Telefono cellulare                    | Telefono fisso | Indirizzo di posta elettronica |           |                |
|                                       |                |                                |           |                |
| Soggetto interessato                  |                |                                |           |                |
| Per sé stesso                         |                |                                |           |                |
| Per la persona di seguito specificata |                |                                |           |                |

| Cognome            |                | Nome                           |           | Codice Fiscale |
|--------------------|----------------|--------------------------------|-----------|----------------|
|                    |                |                                |           |                |
| Data di nascita    | Sesso          | Luogo di nascita               |           |                |
|                    |                |                                |           |                |
| Residenza          |                |                                |           |                |
| Provincia          | Comune         |                                | Indirizzo | Civico    CAP  |
|                    |                |                                |           |                |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Indirizzo di posta elettronica |           |                |
|                    |                |                                |           |                |

| In qualità di |
|---------------|
|               |

#### CHIEDE

di usufruire del servizio di consegna pasti a domicilio a decorrere dal \_\_\_\_\_

| per i seguenti giorni: |                           |
|------------------------|---------------------------|
|                        | dal lunedì al venerdì     |
|                        | dal lunedì al sabato      |
|                        | dal lunedì alla domenica  |
|                        | nei seguenti giorni _____ |

Sono a conoscenza che i pasti di sabato e domenica verranno consegnati al venerdì.

| Necessita di dieta specifica per presenza di patologie, intolleranze, allergie, ecc.: |   |
|---|---|
|   | SI ( <i>allegare certificato medico</i> ) |
|   | NO  |

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 CHE**

| <b>La persona che necessita del pasto a domicilio versa nella seguente situazione di bisogno:</b> |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/>  | invalidità uguale o superiore al 75% ( <i>allegare certificazione INPS</i> ) e non frequenta servizi residenziali diurni  |
| <input type="checkbox"/>  | in possesso di attestazione ISEE ordinario inferiore a € 10.000,00 e di essere soggetto in particolare stato di bisogno socio-assistenziale (seguirà valutazione da parte dell'Assistente Sociale del Comune) |

| <b>La persona che necessita del pasto a domicilio usufruisce di altri servizi socioassistenziali</b> |                           |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/>   | SI (SAD, CDI) specificare |
| <input type="checkbox"/>   | NO                        |

| <b>La persona che necessita del pasto a domicilio è supportata da badanti/assistenti familiari</b> |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/>   | SI specificare orari e mansioni svolte |
| <input type="checkbox"/>   | NO                                     |

| <b>Con chi vive:</b>     |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | solo/a  |
| <input type="checkbox"/> | coniuge/persona in condizione di malattia certificata                   |
| <input type="checkbox"/> | coniuge/persona ultra80enne   |
| <input type="checkbox"/> | parente lavoratore a tempo pieno, senza possibilità di rientro a pranzo |
| <input type="checkbox"/> | figlio/a minore da accudire   |
| <input type="checkbox"/> | altre persone non rientranti nelle precedenti categorie                 |

| <b>La persona che necessita del pasto a domicilio ha una rete familiare?</b> |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/>   | SI ( <i>compilare scheda successiva – SCHEDA A</i> ) |
| <input type="checkbox"/>   | NO   |

**SCHEDA A**

Da chi, tra le persone NON conviventi, familiari e/o conoscenti viene assistito/a (con esclusione di badanti e/o operatori socio-assistenziali)? Indicare una o più persone, fino ad un massimo di tre, in ordine alla maggiore assistenza prestata:

| Nome e cognome | Parentela/affinità o conoscenza | Lavoratore o persona con figli minori | Residenza | Contatto telefonico |
|----------------|---------------------------------|---------------------------------------|-----------|---------------------|
|                |                                 |                                       |           |                     |
|                |                                 |                                       |           |                     |
|                |                                 |                                       |           |                     |

| <b>Per il servizio in oggetto:</b> |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>           | RICHIEDE l'applicazione della tariffa agevolata, a tal fine dichiara che l'attestazione ISEE, in corso di validità è pari a € _____ |
| <input type="checkbox"/>           | NON RICHIEDE l'applicazione della tariffa agevolata.  |

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare i criteri di funzionamento del servizio e si impegna al suo integrale rispetto. In particolare si impegna a:

- comunicare tempestivamente le sospensioni dei pasti a domicilio ed ogni altra condizione che determini il venir meno del servizio;
- provvedere al regolare versamento delle quote dovute per la fruizione del servizio direttamente al concessionario.

Eventuali annotazioni

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le sospensioni dei pasti a domicilio ed ogni altra condizione che determini il venir meno del servizio;

Prende atto, che l'Amministrazione Comunale acquisirà certificati relativi a stati, fatti e qualità personali risultanti dalla presente dichiarazione presso pubbliche amministrazioni, persone fisiche o giuridiche, ai fini della verifica di quanto dichiarato e dei controlli di legge;

Prende altresì atto, in caso di dichiarazione mendace, dell'esclusione dall'eventuale agevolazione, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000 e delle conseguenti sanzioni penali di cui all'art. 76 dello stesso decreto.

### Elenco degli allegati

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

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | copia del documento di identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare)  |
| <input type="checkbox"/> |   |
| <input type="checkbox"/> |   |

### 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)*

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

I suoi dati personali, compresi quelli sensibili elencati all'art. 9, comma 1, del regolamento, saranno trattati unicamente per le prestazioni da lei richieste, ai sensi dell'art. 6, primo comma, lettera b, del regolamento, sia mediante l'uso di schede cartacee, che di sistemi informatici; entrambe le modalità sono protette e mantenute tali conformemente alla normativa vigente; i suoi dati personali saranno raccolti da parte del personale dei servizi sociali e comunicati ai soggetti diversi per l'erogazione del servizio.

La comunicazione dei dati personali è un requisito necessario per poter dar corso alle sue richieste. Nel caso di mancato consenso non sarà possibile dar corso alle stesse.

FIRMA per consenso \_\_\_\_\_

|          |      |                |
|----------|------|----------------|
| Boltiere |      |                |
| Luogo    | Data | Il dichiarante |