

	Amministrazione destinataria Comune di Osio Sotto 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
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

CHIEDE

l'erogazione del servizio di consegna pasti a domicilio

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

In qualità di (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in						
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Piano

per il seguente motivo
Motivazione richiesta

di possedere il seguente ISEE

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
€		

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

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

Eventuali annotazioni (specificare se il richiedente segue eventuali diete speciali o soffre di allergie alimentari)												

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'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	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<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.

Osio Sotto		
Luogo	Data	Il dichiarante