

	Amministrazione destinataria Comune di Taino Ufficio destinatario Servizio Segreteria	
--	--	--

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	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
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																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cognome</th> <th>Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>Sesso</th> <th>Data di nascita</th> <th>Luogo di nascita</th> <th>Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">Residenza</th> </tr> <tr> <th>Provincia</th> <th>Comune</th> <th>Indirizzo</th> <th>Civico</th> <th>Barrato</th> <th>Scala</th> <th>Interno</th> <th>SNC</th> <th>CAP</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="9">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="9"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome	Nome	Codice Fiscale				Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza					Residenza				Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP								<input type="checkbox"/>		In qualità di (*)																	
Cognome	Nome	Codice Fiscale																																																					
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza																																																				
Residenza																																																							
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP																																															
							<input type="checkbox"/>																																																
In qualità di (*)																																																							

In qualità di (*):

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

per il seguente motivo
Motivazione

Eventuali annotazioni

--

Elenco degli allegati

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

<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<input type="checkbox"/>	copia della certificazione medica per dieta speciale
<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

(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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Taino		
Luogo	Data	Il dichiarante