

Spazio riservato al protocollo

**MODULO PER LA DOMANDA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO PASTI AL DOMICILIO**

Il/La sottoscritto/a (cognome).....(nome).....

nato/a a ..... Prov. .... il .....

residente in via/piazza ..... n. ....

Comune di ..... C.A.P..... Prov..... tel.....

Stato civile..... Medico di Base .....

Codice Fiscale .....

Indicare eventuale domicilio se diverso dalla residenza: .....

Dati da indicare ai fini del monitoraggio:

Tipologia utente:

- anziano
- disabile
- altro

**RICHIEDE**

di usufruire del servizio pasti al domicilio

- Per il seguente periodo: dal ..... al .....

- Di scegliere la seguente ditta individuata nell'elenco dei fornitori:

- Per i seguenti giorni di fornitura:

LUN    MAR    MER    GIO    VEN    SAB    DOM.

- Patologie da segnalare: .....

- Allergie/intolleranze alimentari:.....

- Richieste particolari: .....

**SI IMPEGNA**

a sostenere il costo del servizio richiesto dalla data di inizio della consegna del pasto a domicilio.  
Consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi degli art..  
495 e 496 del Codice Penale

**DICHIARA**

Inoltre di essere informato che:

- i dati raccolti nella presente domanda sono acquisiti e trasmessi, al soggetto accreditato per l'attivazione del servizio in oggetto in applicazione del Regolamento (UE) n. 679/2016 ("GDPR") e del D.Lgs 196/2003;
- i dati raccolti nella presente domanda sono acquisiti e utilizzati per i fini istituzionali del Comune in applicazione del Regolamento (UE) n. 679/2016 ("GDPR") e del D.Lgs 196/2003;
- I dati saranno trattati anche attraverso strumenti informatici automatizzati e potranno essere comunicati ad altri settori dell'Amministrazione comunale e, in forma aggregata, a istituti pubblici sempre nell'ambito delle funzioni istituzionali;
- Il titolare della banca dati è il legale rappresentante dell'Amministrazione Comunale.

**In relazione al trattamento dei dati potrò esercitare i diritti previsti del Regolamento (UE) n. 679/2016 ("GDPR") e del D.Lgs 196/2003.**

Luogo e data .....

Firma .....

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova impossibilitato a firmare, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o da altro parente.

In assenza di parenti la dichiarazione può essere resa, secondo le modalità indicate, dalla persona che svolge funzioni di cura e che garantisce l'assistenza al soggetto interessato.

Cognome e nome.....

grado di parentela o relazione con l'interessato .....

comune di residenza .....

Luogo e data, .....

Firma .....