

**Amministrazione destinataria**

Comune di Seregno

Ufficio destinatario

Gestione Amministrativa Servizi Sociali

Domanda di attivazione del servizio di consegna pasti caldi a domicilio**Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
				Scala	Piano
				☐	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'attivazione del servizio pasto caldo a domicilio

- ☐ per sé stesso
- ☐ per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
				Scala	Piano
				☐	CAP
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)					

con la seguente modalità

Frequenza

☒ pranzo: da lunedì a venerdì

Il sottoscritto evidenzia la necessità di poter usufruire del servizio aggiuntivo

☐ sabato

☐ domenica

☐ cena

che sarà oggetto di valutazione da parte dell'assistente sociale

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 il nucleo familiare del beneficiario è composto da

☐ da solo

☐ coniuge

☐ figli

☐ altri parenti

Grado di parentela

☐ altro *(specificare)*

☐ che nel nucleo familiare sono presenti altri soggetti fruitori del servizio pasto caldo a domicilio

Cognome

Nome

Riduzioni e agevolazioni

- ☐ di chiedere il riconoscimento di una tariffa agevolata essendo in possesso del seguente ISEE per prestazioni sociosanitarie

Importo

€

Data di rilascio

Numero protocollo INPS

- ☐ di impegnarsi a produrre la dichiarazione ISEE entro 30 giorni dalla presentazione della domanda, consapevole che in caso di mancata presentazione entro i termini sopra indicati verrà applicata la tariffa massima prevista
- ☐ di non voler predisporre l'attestazione ISEE e di essere consapevole che in mancanza di tale documento verrà applicata la tariffa massima prevista

Requisiti

- ☐ di

- ☐ essere in possesso dell'invalidità civile

Grado di invalidità

%

pertanto allega copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile

- ☐ aver presentato domanda di riconoscimento dell'invalidità civile

Data

- ☐ di percepire l'idoneità di accompagnamento
- ☐ di avere più di 65 anni

Servizi aggiuntivi

- ☐ di usufruire dei seguenti servizi erogati dal Comune di Seregno
- ☐ servizio assistenza domiciliare (SAD)
- ☐ gratuito
- ☐ a pagamento
- ☐ servizio teleassistenza
- ☐ gratuito
- ☐ a pagamento

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di

- ☒ impegnarsi a comunicare ogni eventuale variazione che possa determinare la modifica del calcolo della tariffa per l'accesso ai servizi o altro beneficio
- ☒ essere consapevole che la capacità ricettiva del servizio pasto caldo a domicilio è dimensionata in base alle disponibilità annuali del bilancio comunale e che, in caso di domande eccedenti tale limite, l'accesso al servizio sarà regolamentato con la gestione di apposita graduatoria e l'eventuale istituzione di una lista di attesa

COMUNICA

i recapiti di almeno una persona di riferimento da contattare in caso di necessità (parente, amico, vicino di casa, soccorritore, etc...)

☐ soggetto di riferimento

Cognome

Nome

Relazione o grado di parentela

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

☐ ulteriore soggetto di riferimento

Cognome

Nome

Relazione o grado di parentela

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

☐ ulteriore soggetto di riferimento

Cognome

Nome

Relazione o grado di parentela

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

(**) coniuge, convivente, dichiarante, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

- ☐ certificato medico con prescrizioni dietetiche
- ☐ copia del certificato di invalidità civile
- ☐ copia della scheda sanitaria
(compilata dal medico di base)
- ☐ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

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.

Seregno

Luogo

Data

il dichiarante