Spett.le
Comune di Inveruno
Ufficio Servizi Sociali

Oggetto:RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO PASTI A DOMICILIO

Il/la sottoscritto/a_____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via_____n°_____

tel._____ in qualità di _____

CHIEDE

l'attivazione del servizio pasti a Domicilio (pranzo) dal lunedì al venerdì (festivi esclusi)

◊ Per se stesso

◊ Per il sig./sig.ra _____

Nata/o a_____ il _____

residente a _____ in via_____n°_____tel._____

INVALIDA/O CIVILE

◊ SI _____(% di invalidità)

◊ NO

◊ Indicare i parenti tenuti all'assistenza (art. 433 cod.civ.)

Cognome e Nome	Grado di parentela	Indirizzo	Recapito telefonico

A seguito della attivazione del servizio mi impegno a :

- Versare la quota che mi verrà comunicata quale costo del servizio alla RSA "Azzalin" via R. Sanzio, 31 di Inveruno
- Comunicare tempestivamente all'ufficio servizi sociali qualsiasi cambiamento o sospensione(temporanea o definitiva) del servizio
- Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto legislativo n°196/2003

Inveruno, lì _____ Il Richiedente

_____