



Città di Asola

Provincia di Mantova

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

Spett.le
Comune di Asola
Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: Richiesta attivazione Servizio di Pasti a domicilio

Con la presente si richiede l'attivazione del Servizio di Pasti a Domicilio a favore di:

Dati del richiedente

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____ Prov. _____ CAP _____

Via /Piazza _____ N° civico _____

Recapito telefonico _____ Cell. _____

In qualità di _____ dell'assistito

Dati dell'assistito (se diverso dal richiedente)

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____ Prov. _____ CAP _____

Via /Piazza _____ N° civico _____

Recapito telefonico _____ Cell. _____

Invalidità **SI** **NO**

Accompagnamento **SI** **NO**

N. PASTI AL GIORNO: _____

ATTIVAZIONE IL GIORNO: ____ / ____ / _____

TUTTI I GIORNI COMPRESA LA DOMENICA **SI** **NO**



Città di Asola

Provincia di Mantova

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

PATOLOGIE DEL PAZIENTE: _____

RICHIESTE PARTICOLARI: _____

MEDICO DI BASE: _____

INVIARE IL PAGAMENTO A: **RICHIEDENTE** **ASSISTITO**

Il richiedente/assistito dichiara di aver preso conoscenza:

- che il **costo del pasto** è di **€ 7,98**
- che in base al nuovo Regolamento, approvato con Deliberazione di Consiglio Comunale n. 21 del 30/03/2001, esecutiva ai sensi di legge, è possibile **accedere alle tariffe agevolate, con espressa richiesta**, attraverso dichiarazione sostitutiva unica (DSU) delle condizioni economiche (NORMATIVA ISEE).

Considerato quanto sopra,

DICHIARA

di volere accedere alle tariffe agevolate : ID. ISEE _____
valore Isee € _____
data rilascio ____ / ____ / _____
data scadenza ____ / ____ / _____

di non volere accedere alle tariffe agevolate

➤ **La mancata dichiarazione dell'autocertificazione delle condizioni economiche indicherà comunque che l'utente, considerata la propria situazione economica, ritiene di non aver diritto ad una tariffa agevolata e pertanto accetta il pagamento pieno del servizio;**

➤ Si ricorda infine che il pagamento si effettua mensilmente presso lo sportello della **Banca Crédit Agricole Italia Spa**, P.zza XX Settembre n. 20 – Asola, oppure a mezzo bonifico bancario a: **Banca Crédit Agricole Italia Spa - IBAN: IT23W0623057440000057077865;**

Distinti saluti

Asola, ____ / ____ / _____

Firma del richiedente



Città di Asola

Provincia di Mantova

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

Informativa su trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento (UE) 2016/679

Il trattamento dei dati personali è effettuato nel rispetto delle disposizioni del GDPR (regolamento UE 2016/679). I dati trattati saranno utilizzati esclusivamente per assolvere agli adempimenti previsti da leggi, da regolamenti, dalla normativa comunitaria e per lo svolgimento delle funzioni istituzionali (articolo 6.1.c GDPR), e per esercitare un compito di interesse pubblico connesso all'esercizio di pubblici poteri (articolo 6.1.e, articolo 9.2.g GDPR), in particolare per analisi problematica, valutazione e attivazione servizio, interventi, attività sociale, socio-assistenziale e ad integrazione socio-sanitaria, effettuati anche in collaborazione con Responsabili del trattamento all'uopo nominati dal Titolare del trattamento quali a titolo di esempio non esaustivo Azienda Speciale Servizi alla Persona dell'Asolano A.S.P.A., ASST Mantova, ATS Val Padana ed altri soggetti istituzionali e per le ulteriori finalità.

L'Informativa Privacy – Servizi Sociali è consultabile sul sito internet del Comune www.comune.asola.mn.it e presso l'ufficio Servizi Sociali.

ALLEGA copia di Documento di identità del firmatario (OBBLIGATORIO)

Data _____

(firma per esteso e leggibile)