

SPETT.LE
COMUNE DI SEDRINA
24010 SEDRINA

OGGETTO: RICHIESTA PASTI A DOMICILIO.

Il/La sottoscritt _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a Sedrina in Via _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

CHIEDE

Che il/la Sig. _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a Sedrina in Via _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

Grado di parentela _____

Di poter usufruire del servizio PASTI A DOMICILIO a partire dal _____

Nelle giornate _____

(indicare da lunedì a sabato o solo le giornate per le quali si richiede il servizio)

Il servizio si attiva con la presentazione di questo modulo e con la ricevuta per l'acquisto di n.25 buoni, l'attivazione avverrà al massimo entro 7 giorni.

Ogni giorno verrà consegnato dal richiedente un buono all'addetto che fornisce il pasto.

Almeno una settimana prima del termine del blocchetto dei buoni pasto bisogna richiedere un nuovo blocchetto buoni con presentazione di ricevuta di pagamento.

Il pagamento, potrà essere effettuato con causale "buoni pasti a domicilio per **cognome nome di chi usufruisce**" mediante:

- bonifico intestato a TESORERIA COMUNALE presso POSTE ITALIANE SPA
IBAN IT92U0760103200001064242967
- mediante **bollettino di c.c.p. n° 14058242** intestato a "Comune di Sedrina – Servizio tesoreria"
- mediante "PagoPA" (link disponibile sulla Home page del sito istituzionale del Comune di Sedrina)

Ogni variazione/ sospensione per assenze o cessazione devono essere comunicate tempestivamente (almeno una settimana prima) all'ufficio segreteria telefonando al n.034557019 o inviando una mail al seguente indirizzo: protocollo@comune.sedrina.bg.it.

DICHIARA

- che il richiedente al servizio risulta essere ultrasettantacinquenne/disabile (cancellare il caso che non interessa)
- di essere a conoscenza e di accettare incondizionatamente le modalità di svolgimento del servizio.

(barrare una delle caselle sotto)

- che pagherà l'intera quota del servizio, senza presentare dichiarazione ISEE
- che pagherà la quota agevolata in base alla fascia ISEE risultante dalla relativa dichiarazione che allega in copia

DICHIARA

che il/la sig. _____ è allergico/intollerante ai seguenti alimenti:

come da certificazione medica allegata.

Sedrina,

IL RICHIEDENTE

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Il Comune di Sedrina la informa che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà nel rispetto del Regolamento UE 679/2018 e del D.Lgs. 196/2003, per realizzare le finalità istituzionali dell'Ente e nello specifico per gestire la pratica in relazione alla quale i dati sono raccolti e per gestire le Sue eventuali istanze o richieste. Per maggiori informazioni la invitiamo a consultare l'informativa pubblicata all'indirizzo www.comune.sedrina.bg.it nella sezione "Privacy" e disponibile su richiesta presso gli uffici dell'Ente, o a rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati personali del Comune di Sedrina al recapito dpo@comune.sedrina.bg.it.

Con specifico riferimento al trattamento dei dati relativi alla salute del richiedente il servizio, si precisa che la finalità del trattamento è esclusivamente quella di assistenza alla persona e che tale trattamento è legittimato ai sensi dell'art. 9.2 lett. h) del Regolamento UE 679/2018, trattandosi di un trattamento necessario per finalità di gestione dei sistemi e dei servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri.

Il conferimento dei dati personali raccolti con il presente modulo non è obbligatorio, ma in sua mancanza il Comune di Sedrina potrebbe trovarsi impossibilitato a dare seguito alla pratica in relazione alla quale vengono raccolti i dati, ovvero a erogare il servizio richiesto o a dare riscontro alla Sua comunicazione.

Sedrina,

IL RICHIEDENTE
