

Richiesta erogazione/rinuncia Servizio PASTI CALDI

Al Sindaco del Comune di Settimo Milanese
Piazza degli Eroi, 5
20019 Settimo Milanese
pec: protocollo@postacert.comune.settimomilanese.mi.it

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome/nome)
nato/a a _____ il _____
residente in _____,
via/piazza/n. civico _____,
Tel. _____
Codice Fiscale _____,
e-mail _____
pec _____

CHIEDE, in relazione al Servizio PASTI CALDI

☐ l'erogazione oppure ☐ la rinuncia
☐ stabilmente oppure ☐ temporaneamente dal _____ al _____
☐ per sé oppure ☐ per il familiare

Nome e cognome _____,
nato/a a _____ il _____
residente a Settimo M., via/piazza _____,
Codice Fiscale _____
Tel. _____

Per i seguenti motivi: _____



Comune di
Settimo Milanese



La persona richiedente il servizio è:

- ☐ Invalida al 100 %
☐ Invalida tra il 67% e il 99%
☐ Invalida entro il 66%
☐ Non invalida ma impossibilitata a provvedere alla preparazione dei pasti in modo autonomo.

Inoltre, il/la richiedente:

- ☐ **ACCETTA** la tariffa massima, pari al costo del servizio (*oppure*)
- ☐ **RICHIEDE** l'applicazione di una retta agevolata, in quanto titolare di ISEE ordinario in corso di validità di € _____;

- **DICHIARA** che quanto affermato nella presente domanda corrisponde al vero;

- **AUTORIZZA** controlli su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati;

- **SI IMPEGNA** a produrre i documenti eventualmente richiesti dall'Ufficio Promozione Sociale nell'ambito di tali verifiche.

PARTICOLARI NECESSITA' DIETETICHE

In questa sezione vanno indicate le eventuali esigenze di tipo dietetico che il richiedente del servizio ritiene di segnalare e che dovranno essere aggiornate al momento dell'effettiva erogazione del pasto. **Le prescrizioni dietetiche di tipo sanitario dovranno essere confermate da apposito certificato medico.**

Si prega di barrare secondo la propria necessità:

1. ☐ **Menu base** (nel caso non ci siano particolari esigenze di tipo dietetico)
2. ☐ **Menu leggero morbido** (privo di alimenti di difficile digestione e adatto a problemi di masticazione).
3. ☐ **Dieta etico/religiosa** (barrare quella prescelta):
 - ☐ esclusione suino
 - ☐ esclusione bovino
 - ☐ esclusione tutte le carni (pesce consentito)
 - ☐ esclusione tutte le carni e pesce
 - ☐ dieta vegana
4. ☐ **Dieta sanitaria con CERTIFICATO MEDICO OBBLIGATORIO che riporti:**
 - la motivazione (diagnosi);
 - precise indicazioni su alimenti da escludere e quanto necessario a predisporre un corretto menu;
 - eventuale durata della dieta se temporanea (per un periodo limitato);
 - eventuale tabella personalizzata con grammature.
5. ☐ **Necessità di cibo:**
 - ☐ tritato
 - ☐ frullato



Comune di
Settimo Milanese



Si informa che i dati personali acquisiti vengono trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati o, più brevemente, GDPR) e del Codice in materia di protezione dei dati personali e sue successive modifiche e integrazioni (D.Lgs. 196/03 da ultimo aggiornato dal D.Lgs. 101/18) nonché dai provvedimenti emanati dall'Autorità Garante.

L'informativa estesa relativa al trattamento dati personali effettuato è disponibile presso la sede del Titolare ovvero nella sezione Privacy raggiungibile attraverso il link <https://comune.settimomilanese.mi.it/privacy/>

Settimo Milanese, _____ **Il/La Richiedente**

(firma per esteso e leggibile)

Il funzionario incaricato _____ (cognome/nome) attesta che:

☐ la sottoscrizione è stata apposta in sua presenza, previo accertamento dell'identità del dichiarante, mediante conoscenza personale;

☐ la sottoscrizione è stata apposta in sua presenza, previo accertamento dell'identità del dichiarante, che ha esibito il seguente documento di identità:

TIPO _____

NUMERO _____

DATA RILASCIO _____

AUTORITA' _____

☐ la presente dichiarazione è pervenuta già sottoscritta dal dichiarante, che ha allegato fotocopia del seguente documento di identità:

TIPO _____

NUMERO _____

DATA RILASCIO _____

AUTORITA' _____

Il Funzionario

(firma per esteso e leggibile) _____



Comune di
Settimo Milanese

