Amministrazione destinataria

Comune di Pavia



Ufficio destinatario

Coordinamento Attività amministrativa

Domanda di attivazione del servizio di consegna pasti a domicilio

Il sottoscritto Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita Sesso			Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza Provincia Comune	Ir	ndirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	САР
elefono cellulare Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
(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'erogazione del servizio di consegna pasti a domicilio										
per sé stessoper il seguente familiare o tutelato										
soggetto interessat	0		Nome			Codice Fis	cale			
Data di nascita	S	iesso	Luogo di nascita			Cittadinan	za			
Residenza Provincia Comune	Ir	ndirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	САР
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)										

per il seguente motivo Motivazione								
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								
ene il rideleo farilliare dei ben	criciano e c	composto da						
componente n. 1		Nome		Codice Fiscale				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Stato civile			Rapporto di parentela					
Professione			% Disabilità					
componente n. 2		Nome		Codice Fiscale				
Data di nascita	Sesso	Lucas di soccita		Cittadinanza				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Stato civile			Rapporto di parentela					
Professione			% Disabilità					
componente n. 3		Nome		Codice Fiscale				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Stato civile			Rapporto di parentela					
Professione			% Disabilità					

componente n. 4		Nome		Codice Fiscale				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Stato civile			Rapporto di parentela					
Professione			% Disabilità					
Eventuali annotazioni (numero massimo d	i caratteri: 800	n)						
Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)								
		Flenco des	oli allegati					
	Elenco degli allegati (barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)							
copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile								
copia della certificazionecopia del documento di ic		r dieta speciale						
(da allegare se il modulo è sottos		na 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.								
Davia								
Pavia								
Luogo		Data		il dichiarante				