



Comune di Casalpusterlengo

Provincia di Lodi

RICHIESTA

ATTIVAZIONE

SERVIZIO

MENSA DOMICILIARE

Erogato da ASSC

Sig./ra _____

Con la presente il/la sottoscritto/a
nato/a a il /..... /..... in possesso del seguente codice
fiscale e residente a
in via/p.zza n. Tel.
Cel. in qualità di:

diretto interessato

parente (specificare) del
Sig./Sig.ra nato/a a il
..... /..... /..... in possesso del seguente codice fiscale e
residente a in via/p.zza
..... n. Tel. Cel.
.....

CHIEDE

L'attivazione del servizio di mensa domiciliare a favore di _____ ,
sopra evidenziato.

A TAL FINE:

DICHIARA

1. di impegnarsi a provvedere al pagamento delle somme dovute così come definite dall'Amministrazione Comunale ed applicate dall'ASSC;
2. che a seguito dell'esistenza di patologie e disturbi, come il diabete, le intolleranze alimentari, le allergie, l'obesità, la malnutrizione, l'iperuricemia (gotta), l'epatopatia, la nefropatia, la dislipidemia e tante altre, il fruitore del servizio di mensa domiciliare previa verifica con il proprio medico di base:

non necessita di una alimentazione particolare e più accurata;

necessita di una alimentazione particolare e più accurata, pertanto ci si impegna a far pervenire il certificato medico che attesti la patologia.

RICHIESTE

1) la seguente forma di pagamento, la cui retta verranno intestate al fruitore del servizio:

ADDEBITO IN C/C

seguirà opportuna modulistica da parte della ASSC per l'attivazione dell'addebito automatico in conto (SEPA).

CONTANTI

pagamento da effettuare a mezzo di Bonifico Bancario;

- 2) l'applicazione di una tariffa agevolata secondo il criterio I.S.E.E. e pertanto ne allego una copia il cui valore ISEE è di _____;

P R E N D E A T T O

- 1) Che nel caso in cui il servizio fosse già attivo, l'eventuale retta agevolata sarà applicata dal mese successivo alla consegna della dichiarazione reddituale ISEE, e che le prestazioni ricevute precedentemente saranno a tariffa piena.
- 2) Che la retta viene definita in applicazione del vigente regolamento ISEE Comunale;
- 3) Che il soggetto fruitore della mensa domiciliare (o un suo sostituto) è tenuta a comunicare tempestivamente, al gestore del servizio (ASSC), la propria assenza per evitare addebiti di pasti non usufruiti, oltre a possibili intrusioni forzose da parte degli organi competenti, al fine di accertare lo stato di salute della persona, nel caso la stessa non risponda alle chiamate. L'onere dell'intervento, compreso la sistemazione di quanto forzato/rotto, è a totale carico del fruitore del servizio.

Casalpusterlengo, _____

FIRMA

Dichiarazione di avvenuta informazione circa il trattamento di dati sensibili (Decreto Legislativo 30/6/2003 n. 196)

La/Il sottoscritt..... ..

Dichiara di aver preso visione dell'informativa esposta e a richiesta, disponibile in copia, prevista dall'art. 13 del decreto legislativo 30/6/03 n. 196 (testo unico sulla privacy), nonché degli articoli 24 (casi di esclusione del consenso) 7-10 (diritti dell'interessato ed esercizio dei medesimi), 4 (dati sensibili), 76 e 84 (dati inerenti la salute):

- di essere stato quindi informata/o della vigente disciplina in materia di tutela della riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario;
- di aver preso visione della necessità del conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso dell'istruttoria e dell'espletamento della pratica;
- di disporre dei riferimenti identificativi del titolare del trattamento dei dati, cui eventualmente far capo per richiedere la cancellazione o la modificazione in forma anonima dei dati che la/o riguardano;
- di esprimere il consenso all'eventuale elaborazione ai fini statistici e in forma anonima dei dati, finalizzata al miglioramento del servizio stesso;
- di esprimere il consenso al trattamento dei dati che la/o riguardano in quanto necessario per i fini relativi alla richiesta inoltrata.

Casalpusterlengo, _____

Firma _____

Decreto Legislativo n. 196/2003 art. 84 comma 2

In caso di incapacità di agire, ovvero impossibilità fisica o di incapacità di intendere o di volere, il consenso al trattamento dei dati idoneo a rivelare lo stato di salute è validamente manifestato nei confronti di esercenti le professioni sanitarie e di organismi sanitari, rispettivamente, da chi esercita legalmente la podestà ovvero da un familiare, da un prossimo congiunto, da un convivente, o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimori.

Casalpusterlengo, _____

Firma _____

DATI INFORMATIVI

- Invalidità riconosciuta SI NO
- Condizione familiare Solo In famiglia

PERSONE DI RIFERIMENTO

- Nominativo:
- Indirizzo:
- Recapito Telefonico:
- Grado di Parentela:

- Nominativo:
- Indirizzo:
- Recapito Telefonico:
- Grado di Parentela:

- Nominativo:
- Indirizzo:
- Recapito Telefonico:
- Grado di Parentela: