

Al Sig. SINDACO  
del Comune di MALNATE

e

alla Farmacia Comunale  
Viale J.F. Kennedy, 1  
21046 Malnate (VA)

## **RICHIESTA SERVIZIO DI EROGAZIONE PASTO A DOMICILIO**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a ..... il.....  
e residente a Malnate in Via/P.zza.....n.....  
Codice fiscale.....Telefono.....

### CHIEDE

di poter usufruire del servizio di pasto a domicilio a far data dal ..... / ..... / ..... per le seguenti  
motivazioni:.....

.....  
nei giorni .....e a tal fine dichiara di essere  
a conoscenza delle modalità di erogazione del servizio e di accettarle.

### **In caso di attivazione del servizio si impegna a:**

1. comunicare le variazioni rispetto alla presente richiesta;
2. comunicare, prima dell'attivazione del servizio e tramite attestazione medica scritta, eventuali intolleranze alimentari;
3. comunicare alla Farmacia Comunale – tel. 0332 860183 – fax 0332 424357 eventuali rinunce giornaliere al pasto entro le 8.30 del giorno stesso, in caso contrario verrà addebitato il costo del pasto (€ 8,00) anche se non usufruito;
4. corrispondere l'importo dovuto (fissato annualmente dall'Amministrazione Comunale) direttamente all'ASPeM – Farmacia Comunale;
5. far pervenire per iscritto la cessazione del servizio ai Servizi Sociali entro il precedente giorno lavorativo.

### **Per il beneficio del pasto gratuito, dichiara:**

- di essere residente a Malnate, ultra 75enne, solo, senza familiari di riferimento, con ISEE inferiore ad € 7.000,00.
  - di accettare tutte le disposizioni contenute nel Regolamento Comunale sui criteri e le modalità per la concessione di contributi;
-

- di essere consapevole che, ai sensi del DPR n. 445/2000, potranno essere effettuati idonei controlli secondo la Legge vigente ed in conformità al Regolamento ISEE, atti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni fornite;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali forniti, ivi compresi quelli sensibili, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. N. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni.

Malnate, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (firma)

**N.B.**

Qualora il richiedente sia persona differente dal fruitore del servizio di pasto a domicilio, lo stesso si impegna economicamente a corrispondere gli eventuali pasti non pagati dal fruitore compilando la parte sottostante.

Il/la sottoscritto/a .....  
 nato/a.....Il.....  
 e residente a.....in Via/P.zza.....  
 n.....Codice Fiscale.....  
 Tel.....

Avendo inoltrato richiesta per far fruire del servizio di pasto a domicilio la persona sopra indicata, si impegna a corrispondere alla Farmacia Comunale il costo dei pasti non pagati dall'usufruendo.

Malnate, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Il richiedente

OPERATORE DI RIFERIMENTO:..... INOLTRO ALLA FARMACIA COMUNALE IN DATA :.....
---

\_\_\_\_\_