

**AI SINDACO  
Del Comune di  
ERACLEA**

Oggetto: **RICHIESTA DI SERVIZIO DISTRIBUZIONE PASTI CALDI A DOMICILIO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
residente ad Eraclea (VE) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**DI ACCEDERE AL SERVIZIO DI DISTRIBUZIONE PASTI CALDI A DOMICILIO**

**DICHIARA**

1. Che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente del proprio nucleo familiare è pari ad \_\_\_\_\_. (*Allega attestazione I.S.E.E.*)
2. di aver preso visione del Regolamento del servizio e di impegnarsi a rispettarne le condizioni;
3. che i motivi per cui richiede il servizio sono i seguenti:

---

---

---

---

Familiari di riferimento per eventuali contatti:

COGNOME NOME	PARENTELA	TELEFONO

Ipotesi di fruizione del servizio richiesto:

DAL LUNEDI' AL VENERDI'

DAL LUNEDI' AL SABATO

DAL LUNEDI' ALLA DOMENICA (con consegna del pasto doppio nella giornata del sabato)

SOLO ALCUNI GIORNI ALLA SETTIMANA: .....

SOLO NEL SEGUENTE PERIODO .....

ALTRO .....

NOTE

---

---

---

---

**Si allega:**

- fotocopia dell'attestazione ISEE ordinario in corso di validità;
- fotocopia della carta d'identità, codice fiscale e, qualora cittadino di uno stato non appartenente all'Unione Europea, del permesso di soggiorno del dichiarante
- fotocopia della carta d'identità del beneficiario del contributo, qualora sia persona diversa dal dichiarante;
- scheda compilata dal medico di base (vedi allegato)
- altro \_\_\_\_\_

Eraclea, li \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

.....

Si allega fotocopia del seguente documento di identità:  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

COMUNE DI ERACLEA  
Ai sensi degli artt. 21 e 38 del DPR 445/2000 attesto  
che la firma che precede è stata apposta in mia presenza  
dal/dalla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
identificato/a mediante conoscenza diretta.  
  
IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI  
  
*Eraclea,* \_\_\_\_\_

### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.Lgs. 196/2003

Si informa la S.V. che:

- a) I suoi dati saranno conservati presso l'Ufficio Servizi Sociali o presso l'Archivio del Comune di Eraclea e saranno utilizzati esclusivamente per le istruttorie connesse con la gestione del servizio.
- b) Il conferimento dei suoi dati è obbligatorio.
- c) Il mancato conferimento dei dati, o la richiesta di cancellazione dagli stessi, comporterà l'esclusione dalla presente procedura nonché dalle successive eventuali.
- d) L'Ufficio Servizi Sociali potrà comunicare al Sindaco o all'Assessore competente per materia i Suoi dati personali, qualora vengano richiesti per i fini di cui sub a): ai Consiglieri Comunali di Eraclea, qualora vengano richiesti per i fini di cui al D.Lgs. 267/2000, art.43, comma 2 (espletamento del proprio mandato politico); potranno venirne a conoscenza inoltre gli addetti all'Ufficio Protocollo, il Segretario Generale, il Vicesegretario, il Responsabile dell'Area Economico-Finanziaria, il Responsabile dell'Ufficio Segreteria o dell'Ufficio Personale, quale sostituto del Vicesegretario per il visto della posta in entrata. Si ricorda peraltro che tutti i soggetti di cui alla presente lettera sono tenuti al segreto d'ufficio. Sono fatte salvo eventuali richieste di accesso agli atti della presente procedura proposte da terzi, che verranno garantite entro i limiti previsti dalle disposizioni di legge e regolamento vigenti;
- e) Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs. n.196/2003;
- f) Titolare del trattamento dei Suoi dati è l'Amministrazione Comunale di Eraclea, con sede in Piazza Garibaldi n.54 - 30020 Eraclea; Responsabile del trattamento è il Segretario Generale del Comune di Eraclea pro-tempore. La S.V. potrà conoscere le modificazioni relative all'attribuzione della responsabilità del trattamento dei Suoi dati contattando l'Ufficio Servizi Sociali (tel. 0421 234300 – 310 – 191, fax 0421 234150, indirizzo e-mail: serviziociali.comune.ve.it)
- g) Ai sensi dell'art.22, comma c) del D.Lgs. 196/2003, si comunica che i dati sensibili e/o giudiziari conferiti vengono trattati in base agli obblighi gravanti sul Comune di Eraclea per svolgere attività istituzionali che non possono essere adempiute mediante il trattamento di dati anonimi o personali di natura diversa per i dati sensibili, ai sensi della legge n.104/1992 e seguenti con riferimento alla norma in vigore, per i dati giudiziari, saranno acquisiti d'Ufficio allo scopo eventualmente di reprimere / segnalare abusi costituenti reati.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ acconsente, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati dichiarati con la presente domanda di prestazione, ad opera dei soggetti ivi indicati. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa. Dichiaro altresì di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati dichiarati, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003.

Eraclea, li \_\_\_\_\_

Il sottoscritto

\_\_\_\_\_

## SCHEDA DEL MEDICO DI BASE

### *DATI UTENTE*

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN VIA \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

### **MEDICO DI BASE DI RIFERIMENTO**

(nome e cognome) \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
Ambulatorio in via \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI** (descrizione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **PROBLEMI ALIMENTARI:**

1. INTOLLERANZE ALIMENTARI si  no

specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. DISFAGIA si  no

Se sì specificare ASSUNZIONE OMOGENEIZZATI si  no

3. DIETA SPECIFICA CAUSATA DALLA PATOLOGIA (es. diabete) si  no

specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INVALIDITA'** si  no  \_\_\_\_\_ %

**ACCOMPAGNATORIA** si  no

**SERVIZIO A.D.I.:**

- INFERMIERISTICO            si     no     frequenza \_\_\_\_\_
- RIABILITATIVO            si     no     frequenza \_\_\_\_\_
- MEDICO                    si     no     frequenza \_\_\_\_\_

**PARERE DEL MEDICO**

---

---

---

---

Luogo \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dott./ssa \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_