 

**UNIONE DI COMUNI LOMBARDA**

**‘ADDA MARTESANA’**

**20060 Città metropolitana di Milano**

**Via Martiri della Liberazione n. 11 – Pozzuolo Martesana**

Pec: [unione.addamartesana@pec.regione.lombardia.it](mailto:unione.addamartesana@pec.regione.lombardia.mi.it)

Cod.fisc./P.IVA 09571970962

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

ALLA CORTESE ATTENZIONE DI

Settore 2 – Affari Generali e Servizi alla Persona

Comune di Bellinzago Lombardo

[protocollo.bellinzagolombardo@pec.it](mailto:protocollo.bellinzagolombardo@pec.it)

# **RICHIESTA SERVIZIO PASTI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **CHIEDE DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO PASTI DOMICILIO**

Per me stesso

Per il seguente familiare in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per persona della quale esercito tutela giuridica

Per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Servizio è richiesto per:

Numero interventi settimanali

Possibile data di inizio

# Allegare:

Certificato medico attestante intolleranze alimentari ed esigenze sanitarie (es. diabete, ipertensione,..), solo se presenti.

# **Per la definizione della tariffa personalizzata a carico del beneficiario si invita a presentare l’attestazione ISEE in corso di validità.**

* Non intendo presentare l’attestazione ISEE e accetto l’applicazione della fascia massima.
* Mi impegno a presentare l’attestazione ISEE entro il \_\_\_\_\_\_\_

Si ricorda che in caso di mancata presentazione del documento verrà applicata la quota massima.

Data Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_