

**ALL'UFFICIO SERVIZI ALLA PERSONA
DEL COMUNE DI GANDINO**

Oggetto: RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO PASTI A DOMICILIO.

Il/La Sottoscritto/anato/a.....

ilresidente a via n°.....

Tel.....e-mail.....

C H I E D E

L'attivazione del servizio per:

- ☐ se stesso
- ☐ il/la Sig./Sig.ra, nato/a.....
il.....residente a..... in
via..... tel.....

a partire dal giorno

- ☐ 6 giorni settimanali (da lunedì a sabato)
- ☐ 7 giorni settimanali (da lunedì a domenica)

Il pasto sarà così composto da un primo piatto, un secondo piatto con contorno, pane, frutta e acqua.

I pasti verranno consegnati da lunedì a sabato preferibilmente tra le ore 9.00 e le ore 12.00. Solo in presenza di condizioni eccezionali (es. neve, strade impraticabili) saranno ammessi ritardi.

Su espressa richiesta dell'utente, sarà fornito anche il pasto della domenica, che sarà consegnato in anticipo tramite consegna doppia nella giornata di sabato. Per particolari situazioni è possibile la consegna tripla per situazioni particolari (festività infrasettimanali consecutive). In caso di patologie specifiche il pasto sarà adattato alla dieta prescritta dal medico o da certificazione specifica in accordo con la Ditta accreditata e scelta.

I pasti dovranno essere consegnati:

- ☐ presso l'indirizzo di residenza
- ☐ presso il seguente indirizzo.....

Il costo del singolo pasto è stabilito in euro 7,00= oltre iva 10%, per un totale di € 7,70=.

I pagamenti verranno richiesti direttamente dalla Ditta erogatrice del servizio. L'utente provvederà quindi a pagare il servizio secondo le modalità concordate direttamente con la Ditta.

Il/La sottoscritto/a inoltre:

- dichiara di aver compreso e di accettare le modalità di erogazione del servizio
- si impegna al pagamento della tariffa stabilita per il servizio, nelle forme e con le modalità concordate con la Ditta erogatrice
- si impegna a comunicare all'Ufficio Servizi alla persona ogni variazione dei dati forniti con la presente comunicazione, nonché l'eventuale sospensione, anche temporanea, del servizio

Il servizio verrà attivato a seguito di valutazione del bisogno da parte del Servizio Sociale.

PATOLOGIE DA SEGNALARE: _____

ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI: _____

(In caso di allergie o patologie specifiche es. diabete, celiachia ecc. si richiede certificato medico)

Gandino, lì _____

Firma del richiedente