											versione 2	.3 del 08/04/2022		
					razione destinataria one Basilicata									
					io destinatario cio protocollo									
	D	omano	da di a	attivazio	ne (del servizio di c	onseç	gna p	asti a	a don	nicilio)		
II so	ottoscritt	0												
Cogn	ome			Nome				Codice Fiscale						
Data o	Data di nascita S		Sesso Luogo di nascita						Cittadinanza					
Resid Provii		ıne			Indiriz	220	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP		
Telefo	Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		_	Posta ele	ttronica cer	tificata	<u>'</u>	'		
l'ero	CHIEDE 'erogazione del servizio di consegna pasti a domicilio per sè stesso													
per il seguente familiare o tutelato														
Cognome						Nome		Codice Fiscale						
	Sesso Data di nascita													
			cita			Luogo di nascita		Cittadina	Cittadinanza					
	Residenza Provincia	Comune				Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP		
	In qualità di (*)												
In aus	 alità di (*):													
		sostegno, o	curatore, e	sercente respo	nsabili	tà genitoriale, familiare, tutore	e legale							
per	il seguei	nte motiv	10											
Motiv	azione													
i														

Eventuali annotazioni									
	Elenco degli allegati								
(barrare tutt		ed elencati sul portale)							
(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale) copia della certificazione medica per dieta speciale									
□ copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile									
	copia del documento d'identità (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)								
altri allegati (specificare)	a datografa)								
<u> </u>									
	Informativa sul trattamento dei dati pe								
	nento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto								
		ei dati personali pubblicata sul sito internet							
	ne destinataria, titolare del trattamento	delle informazioni trasmesse all'atto della							
presentazione della pratica.									
Luogo	Data	II dichiarante							