

Spett.le
UFFICIO SERVIZI SOCIALI
COMUNE DI CHIGNOLO D'ISOLA

OGGETTO: SOSPENSIONE TEMPORANEA SERVIZIO PASTI A DOMICILIO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

A _____ () e residente a _____

in via _____ n. ____ tel. _____

Altro recapito _____

Consapevole delle responsabilità amministrative e penali previste per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e del DP/R nonché della decadenza dai benefici conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del d.p.r. 445/2000).

IN QUALITA' DI:

- Anziano Ultrasessantacinquenne
- Diversamente abile e/o invalido al di sotto dei 64 anni;
- In difficoltà temporanea
- Familiare del sig./sig.ra _____ nato/a il _____

A _____ () e residente a Chignolo d'Isola in

via _____ n. ____ tel. _____

CHIEDE

La sospensione del Servizio Pasti a domicilio dal giorno _____ al giorno _____
per il seguente motivo

Pertanto dal giorno _____ si richiede la riattivazione del servizio Pasti a Domicilio

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi ex ART. 13 Regolamento UE 679/16: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale vengono comunicati e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente al solo fine di erogare le prestazioni in parola .