



Comune di Saronno

Piazza della Repubblica 7

21047 Saronno (VA)

**ISTANZA DI ACCESSO AL VOUCHER PER IL SERVIZIO DI FORNITURA PASTI A DOMICILIO  
IN FAVORE DI PERSONE ANZIANE E/O CON DISABILITA' E PERSONE ADULTE IN CONDIZIONI DI  
FRAGILITA' PER L'ANNO 2025**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via/Pia zza \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ - Tel. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2000, consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda sono riferite alla data di presentazione della stessa, avendo preso visione delle modalità di erogazione del servizio a domicilio riportate nell'Allegato alla presente domanda accettandone condizioni e prescrizioni ivi contemplate

**CHIEDE**

La concessione di voucher (contributo comunale sul costo) per il Servizio di erogazione Pasti a Domicilio, impegnandosi al pagamento della quota di compartecipazione in base al proprio reddito ISEE,

Per se stesso

Per il/la Sig. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ Rapporto di parentela \_\_\_\_\_



Si chiede che di poter attivare numero

un pasto al giorno

due pasti al giorno

Nei seguenti giorni della settimana:

lunedì

martedì

mercoledì

giovedì

venerdì

sabato

domenica

DICHIARA INOLTRE

- che la propria famiglia, anche non convivente, è composta come segue:

Cognome e Nome	Parentela	Contatto telefonico

- di essere convivente con n. \_\_\_\_\_ altre persone con disabilità

Si prega di allegare:

1. copia del documento di identità o permesso di soggiorno, in corso di validità, del beneficiario e del richiedente;
2. copia dell'ISEE in corso di validità del beneficiario del servizio;
3. in caso di presentazione della domanda da parte del tutore/curatore: copia della nomina da parte del Tribunale e copia del verbale di giuramento;



4. copia, ove presente, della documentazione attestante la disabilità certificata della persona per cui si richiede il voucher;
5. copia, ove presente, della documentazione attestante la disabilità certificata di altre persone conviventi con la persona per cui si richiede il voucher;
6. ogni altra documentazione che il richiedente voglia presentare ai fini della valutazione sociale e dell'eventuale attribuzione del relativo punteggio

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: "Codice in materia di protezione al trattamento dei dati personali".**

***Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:***

***→ il trattamento dei dati è indispensabile ai fini della fruizione del servizio; → è realizzato da personale del Comune anche con l'ausilio di mezzi elettronici.***

***→ è realizzato da Comune di Saronno, anche con l'ausilio di mezzi elettronici.***

***Il Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Saronno – Dirigente dott. Alessandro Lo Faro***

***L'incaricato del trattamento dati è Dott.ssa Fortunata Zucchi***

**In fede**

Saronno, il \_\_\_\_\_