**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI CONSEGNA PASTI A DOMICILIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto |  |
| nato a  |  | in data |  |
| residente in  |  | *(indirizzo completo)* |
|  |
| Codice Fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Telefono |  | e-mail[[1]](#footnote-1) |  |

**CHIEDE**

Di poter usufruire del Servizio di consegna pasti a domicilio organizzato da codesto Comune nei giorni compresi dal lunedì al venerdì (escluse le festività).

**SITUAZIONE FAMILIARE**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**SITUAZIONE SANITARIA**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sovere, il  |  |  | **Firma**  |
|  |  |  |  |

**Visto:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Il Responsabile del Servizio** |
|  |  |
|  | (Dott.ssa Daniela Savoldelli) |

1. *È obbligatorio specificare un indirizzo email a cui inoltrare tutte le comunicazioni in tempi brevi;* [↑](#footnote-ref-1)