



AMBITO DI MARTANO

GESTIONE ASSOCIATA SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

Sede legale in Martano - Piazzetta Giacomo Matteotti n. 12 – info: 0836.575272 – fax: 0836.572347

DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO MENSA SOCIALE

Data _____

Al Comune di _____

- Ufficio Servizi Sociali -

SEDE

Oggetto: Servizio di Mensa Sociale

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / _____, residente a _____ (____) in via _____ n. civico _____ domiciliato/a a _____ (____), in via _____ n. _____, Codice Fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ n. di telefono ____/____/____, email _____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di Mensa Sociale / Pasti a domicilio per sé medesimo e per n. _____ componenti familiari, in qualità di:

- Beneficiario Red;
- Beneficiario Reddito di Cittadinanza/Pensione di Cittadinanza;
- Soggetto non destinatario delle predette misure, con indicatore ISEE inferiore/uguale ad € 6.000,00 in una condizione di indigenza;
- Straniero extra UE regolarmente soggiornante in Italia e/o stranieri extra UE appartenente a minoranze etniche, nazionali o indigene e/o stranieri nati in Italia, con un background estero che possono non aver sperimentato una migrazione internazionale;
- Persona in grave e documentata situazione di bisogno urgente, valutata tale dal servizio sociale del Comune di residenza.

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 dei D.P.R. 445/2000 che tutte le informazioni e le dichiarazioni fornite di seguito e contenute nella documentazione allegata sono veritiere e che è consapevole delle sanzioni civili e penali a cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o esibizione di atti contenenti dati non corrispondenti a verità (art. 76 D.P.R. 445/2000).

1. Che il proprio nucleo familiare è così composto:

n	Cognome Nome	Codice fiscale	Rapporti di parentela con il richiedente
1			
2			
3			
4			
5			

2. Di essere a conoscenza che il servizio è reso con il pagamento di una quota di compartecipazione a carico dell'utente in base alla fascia di reddito ISEE di appartenenza, secondo quanto stabilito nel disciplinare di accesso approvato con deliberazione del Coordinamento Istituzionale n. 33 del 11.09.2020.
3. Di essere esente dal pagamento della quota di compartecipazione:
 Di impegnarsi a corrispondere la compartecipazione al costo del servizio, pari ad € _____, per n. _____ componenti familiari;
4. Di essere a conoscenza che il versamento della quota di compartecipazione deve avvenire mediante versamento al Concessionario del servizio Mensa Sociale, al quale verranno comunicati i nominativi dei beneficiari ammessi dai servizi Sociali;

Chiede altresì di poter usufruire del servizio trasporto da _____ e verso la sede della Mensa Sociale ubicata a Caprarica di Lecce.

Il/la sottoscritto/a allega:

- copia del proprio documento di identità;
 Attestazione Isee in corso di validità;
 Documentazione sanitaria attestante lo stato di disabilità o l'impossibilità a spostarsi dal proprio domicilio (solo per i richiedenti del servizio pasti a domicilio);
 Ulteriore documentazione utile a rappresentare la situazione economica e sociale del richiedente;

_____ li _____

Firma

FASCIA ISEE	QUOTA DI COMPARTICIPAZIONE per singolo utente
Da € 0,00 a € 2.000,00	Esente
Da € 2.00,01 a € 6.000,00	€ 4,71
Oltre € 6.000,00	€ 6,28

INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO PER LA PROTEZIONE DEI DATI 2016/679

La informiamo che i dati personali e sensibili da lei forniti e quelli che eventualmente fornirà anche successivamente formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Per trattamento si intende la raccolta, registrazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distribuzione dei dati personali, ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni.

Periodo di conservazione

I dati personali verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali i dati personali sono trattati (finalità istituzionali e non commerciali).

Spett. le “LA GRECIA COOPERATIVA SOCIALE”
Via Soleto n.116- Martano (LE),
c/o “IL SOGNO DI VENERE”
via Caprarica – Calimera – Zona P.I.P. – Caprarica di
Lecce(LE)

Modulo allergie e intolleranze alimentari

Il sottoscritto Sig.

nato ail.....

residente

DICHIARA sotto la propria responsabilità di:

non presentare nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;

presentare la/le seguente/i allergia/e :

.....
.....

presentare la/le seguente/i intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante i cibi a cui si è intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

.....
.....

Data

Firma del dichiarante
