

Amministrazione destinataria

Comune di Mirano

Ufficio destinatario

Ufficio di TEST - Informazioni e istanze non valide

Domanda di attivazione del servizio di consegna pasti a domicilio

Il sottoscritto	*	Nome			Codice Fis	esalo.			
Cognotile		Wollie			coulce Fis	scale			
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinar	ıza			
Residenza Provincia Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinar	ria		Posta elet	tronica certi	ificata		
domiciliazione delle	comunicazioni rel	ative al procedimer	nto						
(articolo 3-bis, comma 4-quinq									
Il sottoscritto chiede che le co	omunicazioni relative al pr	ocedimento trasmesse dall	'Amministrazi	one vengano inv	iate al segue	nte indirizzo	di posta el	ettronica	
CHIEDE									
l'erogazione del serv	izio di consegna pa	asti a domicilio							
O per sé stesso									
per il seguente familiare o tutelato									
o per il seguente i	arrillare o tutelato								
soggetto interessat	0			4				\mathcal{A}	
Cognome		Nome			Codice Fis	scale			
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinar	nza			
			-						
Residenza									
Provincia Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)									

445, consapev	ole delle sanzioni p		o 76 del Decreto del	Presidente della Re	epubblica 28/12/2000, n. epubblica 28/12/2000, n.
		D	ICHIARA		
che il nucleo fa	ımiliare del benefici	ario è composto da			
Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Professione (**)	% Disabilità (***)
Grado di parentela	(*)	\sim			
		ata, convivente con vincoli di ado sorellastra, fratello/sorella, gener			
non definito/comur	nicato, nonno/nonna, pad	re/madre, patrigno/matrigna, pro			
Professione (**)	ente, altro affine, altro pai	rente			
imprenditore libero		impiegato, lavoratore in proprio, c		ante, casalinga, studente,	disoccupato/in cerca di prima
occupazione, pension Disabilità (***)	onato/ritirato dal lavoro,	altra condizione non professional	e		
	34%-45%, 46%-50%, 51%-	66%, 67%-74%, 75%-99%, 100%			
che ai fini	dell'esenzione dal	pagamento della compa	rtecipazione al costo	del servizio di con	segna pasti a domicilio il
				natura socio sanita	aria, del nucleo familiare
	, ricavato dalla Dicr	niarazione Sostitutiva Uni	ca, e		
Valore ISEE					
		€			
Eventuali annotazion	i (numero massimo di cara	atteri: 800)			

	copia del documento di identità (da allegare se il modulo è sottoscritto con firm copia della documentazione medica copia della certificazione medica per altri allegati	na autografa) a ed eventuale verbale di inv er dieta speciale formativa sul trattamento d	ne della pratica ed elencati sul portale) alidità civile dei dati personali	n 406l
	(ai sensi del Regolamento Co dichiara di aver preso visione dell' istituzionale dell'Amministrazione presentazione della pratica.	informativa relativa al tratt		blicata sul sito internet
Mira Luogo	ді IU	Data	il dichiarante	
Luogo		Dutt	ii diciiidi diite	