**MODULO ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI RISTORAZIONE**

**PASTI DOMICILIARI**

**TUTTI I DATI RICHIESTI SONO OBBLIGATORI AI FINI DELL‘ISCRIZIONE**

**Il/La sottoscritto/a:**

COGNOME :­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a Ferno, in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Familiare di riferimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE DI USUFRUIRE DEL SERVIZIO PASTI A DOMICILIO**

* da Lunedì al Venerdì (esclusi i festivi)
* da Lunedì a Sabato

per i giorni di sabato e festivi è possibile la fornitura del pasto doppio (in legame freddo)

**INOLTRE**

* **NON RICHIEDE ALCUNA DIETA**
* **CHIEDE CHE VENGA SOMMINISTRATA LA SEGUENTE DIETA**

Dieta per motivi di salute. **Si allega certificazione medica.**

□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(specificare)

Dieta per motivi etico religiosi con l’esclusione dei seguenti alimenti:

□ carne di maiale e derivati

□ tutti i tipi di carne e derivati

□ pesce

□ uova

□ dieta vegetariana

□ altro:(specificare)……………………………………………………………………………

*Per opportuna conoscenza di seguito si riporta la tabella delle tariffe pasto vigenti:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***ISEE*** | ***Percentuale*** | **TARIFFA IN EURO** |
| € 0-3.000,00 | **60%** | **4,50** |
| € 3.001,00-7.000,00 | **75%** | **5,63** |
| € 7.001,00-11.000,00 | **85%** | **6,38** |
| DA € 11.001,00 | **90%** | **7,50** |

**(barrare in alternativa)**

□ al fine di poter usufruire delle tariffe agevolate stabilite dal Comune, dichiara di essere in possesso della certificazione ISEE, con indicatore pari ad Euro \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_, \_\_ \_\_ e scadenza fissata in data \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / di cui allega copia.

□ dichiara di NON usufruire delle tariffe agevolate stabilite dal Comune, consapevole dell’applicazione della tariffa massima prevista (i residenti nel Comune di Ferno che non intendono usufruire delle tariffe agevolate su base ISEE rientrano comunque nella fascia massima pari a € 7,50 a singolo pasto)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I dati personali saranno trattati in conformità al D. Lgs. 196/2003 e ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR),