



COMUNE DI COCCAGLIO

UFFICIO SERVIZI SOCIALI



ALLEGATO

SERVIZIO DI PASTI A DOMICILIO

Patologia _____

Disabile (L.104) SI NO

Invalido civile SI % _____ NO

Indennità di accompagnamento: SI NO

Esenzione tickets: SI NO

Già in carico presso Servizi Socio Sanitari SI NO

Già in carico presso Servizi Sanitari SI NO

Medico curante: _____

Codice sanitario: _____

SOLO PRANZO: 7gg 6gg 5 gg _____;

PRANZO + CENA: 7gg 6gg 5 gg _____;

SOLO CENA: 7gg 6gg 5 gg _____;

INVIO COMUNICAZIONI

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione relativa al procedimento venga notificata al seguente indirizzo (**DA COMPILARE SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA**)

Cognome e Nome _____

Via/P.za _____ n. _____ CAP _____

Comune _____ prov. _____ Tel _____

IL DICHIARANTE
(Firma Leggibile)
