



## DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, ATS Sardegna ASL Oristano, Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea,  
Assolo, Asuni, Baradili,

Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas,  
Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini,  
Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

All'Ufficio Servizio Sociale del Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO DI PASTI CALDI A DOMICILIO PLUS gestione associata.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a

\_\_\_\_\_ in Via/Viale/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_.

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-

mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI PASTI CALDI A DOMICILIO PLUS gestione associata**

- ☐ per sé
- ☐ per la persona di seguito indicata:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato/a a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,

in Via/Viale/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

Codice fiscale \_\_\_\_\_.

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

in qualità di:

- ☐ servizio sociale referente
- ☐ familiare di riferimento (indicare il rapporto): \_\_\_\_\_
- ☐ rappresentante legale (amministratore di sostegno/tutore)
- ☐ titolare della responsabilità genitoriale
- ☐ persona esterna
- ☐ altro \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- ☐ di essere consapevole delle sanzioni penali e conseguenze previste dagli artt.75/76 del D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità;



## DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, ATS Sardegna ASSL Oristano, Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili,

Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

- ☐ che l'indicatore ISEE relativo al nucleo familiare per l'anno in corso è pari a €.  
\_\_\_\_\_;
- ☐ di scegliere, per la fruizione dei servizi specificati in oggetto, la ditta \_\_\_\_\_, iscritta all'Albo dei Soggetti Accreditati PLUS istituito presso il Comune di Mogoro, Ente Gestore Plus Ales Terralba;
- ☐ che il costo del servizio sarà di €9,45 onnicomprensivo di coordinamento, costo dei contenitori, trasporto, IVA e ogni altro onere incluso;
- ☐ le quote di contribuzione verranno calcolate sulla base delle seguenti fasce ISEE:

CONTRIBUZIONE UTENZA PASTI CALDI A DOMICILIO PLUS			
Fascia ISEE	da	a	Compartecipazione
Fascia 1	€0,00	€4.500,00	€2,00
Fascia 2	€4.501,00	€7.000,00	€3,00
Fascia 3	€7.001,00	€10.000,00	€4,00
Fascia 4	€10.001,00	€12.500,00	€5,00
Fascia 5	€12.501,00	€15.000,00	€6,00
Fascia 6	€15.001,00	€17.000,00	€7,00
Fascia 7	€17.001,00	€20.000,00	€8,00
Fascia 8	€20.001,00	oltre	€9,45

L'utente dovrà presentare nuovo ISEE entro e non oltre il 30.04 dell'anno corrente all'ufficio di Piano tramite i servizi sociali del Comune di residenza, la fascia di ISEE di competenza verrà applicata a partire dal 1° luglio dell'anno corrente e sino al 30 Giugno dell'anno successivo.

- ☐ che il costo contribuzione utenza è il seguente: €. \_\_\_\_\_
- ☐ di essere a conoscenza che il mancato pagamento della quota contributiva comporterà la sospensione del servizio e il relativo recupero delle somme non versate;
- ☐ di essere a conoscenza dell'informativa allegata sul trattamento dei propri dati personali secondo quanto previsto dall'art. 13 e 14 del GDPR 679/2016 e del D.Lgs 101/2018;
- ☐ di aver preso visione del Regolamento disciplinante il servizio di Pasti Caldi a Domicilio Plus gestione associata, approvato con Conferenza dei Sindaci 27.11.2024;
- ☐ di allegare:
  - Copia del documento di identità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario;
  - Attestazione ISEE sociosanitario/ordinario in corso di validità;
  - Altro \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario o del richiedente

\_\_\_\_\_