

|  |                                                                                                                 |  |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | Amministrazione destinataria<br>Regione Friuli Venezia Giulia<br><br>Ufficio destinatario<br>Ufficio Protocollo |  |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

## Domanda di attivazione del servizio di spesa a domicilio

| Il sottoscritto    |        |                |                  |                             |        |                |                               |         |                          |     |
|--------------------|--------|----------------|------------------|-----------------------------|--------|----------------|-------------------------------|---------|--------------------------|-----|
| Cognome            |        |                | Nome             |                             |        | Codice Fiscale |                               |         |                          |     |
|                    |        |                |                  |                             |        |                |                               |         |                          |     |
| Data di nascita    |        | Sesso          | Luogo di nascita |                             |        | Cittadinanza   |                               |         |                          |     |
|                    |        |                |                  |                             |        |                |                               |         |                          |     |
| Residenza          |        |                |                  |                             |        |                |                               |         |                          |     |
| Provincia          | Comune |                | Indirizzo        |                             | Civico | Barrato        | Scala                         | Interno | SNC                      | CAP |
|                    |        |                |                  |                             |        |                |                               |         | <input type="checkbox"/> |     |
| Telefono cellulare |        | Telefono fisso |                  | Posta elettronica ordinaria |        |                | Posta elettronica certificata |         |                          |     |
|                    |        |                |                  |                             |        |                |                               |         |                          |     |

### CHIEDE

l'erogazione del servizio di spesa a domicilio

| <input type="radio"/> | per sè stesso                        |                 |  |                  |  |        |                |       |         |                          |     |
|-----------------------|--------------------------------------|-----------------|--|------------------|--|--------|----------------|-------|---------|--------------------------|-----|
| <input type="radio"/> | per il seguente familiare o tutelato |                 |  |                  |  |        |                |       |         |                          |     |
|                       | Cognome                              |                 |  | Nome             |  |        | Codice Fiscale |       |         |                          |     |
|                       |                                      |                 |  |                  |  |        |                |       |         |                          |     |
|                       | Sesso                                | Data di nascita |  | Luogo di nascita |  |        | Cittadinanza   |       |         |                          |     |
|                       |                                      |                 |  |                  |  |        |                |       |         |                          |     |
|                       | Residenza                            |                 |  |                  |  |        |                |       |         |                          |     |
|                       | Provincia                            | Comune          |  | Indirizzo        |  | Civico | Barrato        | Scala | Interno | SNC                      | CAP |
|                       |                                      |                 |  |                  |  |        |                |       |         | <input type="checkbox"/> |     |
|                       | In qualità di (*)                    |                 |  |                  |  |        |                |       |         |                          |     |
|                       |                                      |                 |  |                  |  |        |                |       |         |                          |     |

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

| per il seguente motivo |
|------------------------|
| Motivazione            |
|                        |

