

“AIUTO SPESA”

Modulo di Iscrizione riservata ai residenti nel Comune di Mercatino Conca

Scadenza presentazione della domanda: venerdì 6 febbraio 2026

1. DATI DEL RICHIEDENTE

Nome e Cognome:

Luogo e Data di nascita:

Codice Fiscale:

Indirizzo di residenza (obbligatorio):

Telefono:

E-mail:

2. MOTIVO DELLA RICHIESTA (OBBLIGATORIO POSSEDERE TUTTI I REQUISITI SOTTOSTANTI)

Non autosufficiente o con ridotta mobilità

Disabile (specificare):

Privo/a di rete familiare di supporto

3. AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO IN CASA PER LA CONSEGNA

Il/La sottoscritto/a autorizza esclusivamente il personale incaricato dal Comune di Mercatino Conca, regolarmente identificabile mediante badge, ad accedere all'interno dell'abitazione limitatamente al tempo necessario a espletare le operazioni relative al servizio (presa in consegna di lista spesa, denaro, eventuali borse, consegna..).

Firma per autorizzazione: _____

Data: ____ / ____ / ____

5. SEZIONE INFORMATIVA PER IL/LA RICHIEDENTE

1. Gli operatori incaricati sono autorizzati dal Comune di Mercatino Conca;
2. Gli operatori saranno riconoscibili tramite badge;
3. Agli operatori andranno consegnati: lista della spesa, denaro utile per il pagamento della stessa, borse per la spesa - se possibile;
4. Gli operatori riconseggeranno lista della spesa, spesa e borse, relativo scontrino e resto se dovuto;
5. Gli operatori non sono autorizzati a chiedere denaro ad eccezione di quello utile per la spesa;
6. La spesa verrà effettuata solo presso esercizi commerciali nel territorio del Comune;
7. Il servizio sarà garantito un giorno a settimana che sarà lo stesso per tutti i richiedenti;
8. Il servizio è rivolto a persone anziane, fragili o prive di rete familiare.

Firma per presa visione: _____

Data: ____ / ____ / ____

6. DICHIARAZIONI FINALI DEL RICHIEDENTE

- di essere residente nel Comune di Mercatino Conca;
- di trovarsi nelle condizioni dichiarate;
- di utilizzare il servizio solo in caso di necessità;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679.

Firma: _____

Data: ____ / ____ / ____

7. ALLEGATI

Documentazione allegata:

Certificato INPS di disabilità

Documento di identità

8. SEZIONE RISERVATA ALL'UFFICIO

Verifica residenza: Sì No

Appartenenza a categoria ammessa: Sì No

Documentazione completa: Sì No

Esito: SERVIZIO ATTIVATO NON AMMESSO

Note: -----

Operatore: ----- Firma: -----