



Fondazione Conte Carlo Busi Onlus

Residenza Sanitario Assistenziale
Centro Diurno Integrato "Fiorella"
Comunità Socio Sanitaria "I Girasoli"

RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO PASTI A DOMICILIO

Il/La sottoscritt _____ residente a
_____ Via _____
n° _____ tel. _____ C.F. _____

CHIEDE

l'attivazione del servizio pasti a domicilio per:

- me stess _____
- il/la Sig./ra _____
nat _____ a _____ il _____ residente
a _____ via _____ n° _____
C.F. _____ tel. _____

A PARTIRE DAL GIORNO: _____

Dichiara di essere a conoscenza che il servizio è svolto dal lunedì al venerdì, con esclusione dei giorni di sabato, domenica e festivi se non residente nel comune di Casalmaggiore e per il solo pasto del mezzogiorno.

Dichiara, inoltre, di accettare il corrispettivo fissato in euro 8,00= a pasto.

Il sottoscritto dichiara di usufruire del servizio:

- dal lunedì al venerdì
- tutti i giorni (solo se residente in Casalmaggiore)
- solo nei giorni di: _____



Il pasto dovrà/ non dovrà seguire particolari prescrizioni mediche:

Si comunica inoltre che:

Il/La sottoscritto/a si impegna :

- al pagamento della fattura mensile entro 10 giorni dalla sua fattura;
- a comunicare anticipatamente (24 ore prima), al numero 0375 43644 (chiedere servizio CUCINA GENERALE o di Alessandra) eventuali variazioni/sospensioni del servizio e comunque entro le ore 8,00 del giorno stesso, in caso di eventi non previsti. In caso contrario il pasto sarà ugualmente addebitato
- dal momento dell'attivazione a garantire un consumo minimo di 5 pasti.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che la Fondazione avrà tempo una settimana per predisporre l'attivazione del pasto.

data, _____

(firma)



FONDAZIONE "CONTE C.BUSI" ONLUS

VISTO: SI AUTORIZZA

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Roberto Mori)

ALLA CORTESE ATTENZIONE DI:

- **CUCINA GENERALE**
- **RAGIONERIA**
- **ADDETTO ALLA CONSEGNA DEL PASTO**