



Fondazione Conte Carlo Busi Onlus

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

RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO PASTI AL DOMICILIO

Il sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Telefono _____ CF _____

CHIEDE

l'attivazione del servizio pasti a domicilio per:

me stesso/a

per il Sig/ra _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Telefono _____ CF _____

A PARTIRE DAL GIORNO: _____

Il sottoscritto dichiara di usufruire del servizio:

tutti i giorni

solo nei giorni di: _____

Il pasto dovrà/ non dovrà seguire particolari prescrizioni mediche:

Si comunica inoltre che:

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che il costo del pasto è fissato in:

- € 8,00 per singolo pasto consegnato dal lunedì alla domenica
- € 10,00 per singolo pasto consegnato nelle festività speciali (Pasqua, Pasquetta, Vigilia, Natale, Santo Stefano, Primo dell'anno, Epifania), anche per gli utenti che già non fruiscono del servizio settimanale

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che la Fondazione ha tempo una settimana per l'attivazione del pasto a decorrere dalla data della richiesta.

Il/La sottoscritto/a si impegna :

- al pagamento della fattura mensile entro 10 giorni dalla sua fattura;
- a compilare e restituire il menù settimanale compilato entro il giovedì di ogni settimana
- a comunicare anticipatamente (24 ore prima) alla cucina al numero 0375 43644 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.

data, _____

(firma)

(Parte riservata alla Fondazione)

VISTO: SI AUTORIZZA

IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(Roberto Mori)

Alla cortese attenzione di:

- Cucina generale
- Ragioneria