

## SERVIZIO CONSEGNA SPESA E FARMACI A DOMICILIO

Al Sig. Sindaco  
del Comune di Illorai

\_l\_ sottoscritt\_ ..... nat\_  
a\_ ..... il ..... e  
residente a ILLORAI in via/piazza ..... n° ..... codice  
fiscale n° ..... telefono n° .....

### CHIEDE

di poter usufruire del servizio di :

- CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO**  
 **CONSEGNA DELLA SPESA** (*generi di prima necessità*)

a tal riguardo sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA

- di aver compiuto 75 anni e oltre;  
 di essere interessati da patologie certificate e disabilità ;  
 di essere impossibilitati a recarsi in farmacia o ai negozi, per disabilità o gravi malattie ;  
 di non disporre di una rete familiare che li supporti e che non possono delegare altri soggetti ;  
 di essere sottoposti a "quarantena" ;
- di impegnarsi a comunicare al Comune di ILLORAI qualsiasi variazione delle condizioni di cui sopra;
  - di conoscere ed accettare le condizioni che regolano la fruizione del servizio;
  - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si allega fotocopia del documento d'identità.

Illorai, .....

*In Fede*

\_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a ....., acquisite tutte le informazioni di cui all'art. 13 D.Lgs n. 196/2003, ai sensi dell'art. 23, presto il mio consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, relativi al mio stato di salute, conferiti nel presente modulo, per le finalità ivi dichiarate. A tal fine, preso atto che i miei dati personali saranno conservati ed elaborati nella massima riservatezza e che non saranno diffusi, acconsento al loro utilizzo per gli usi necessari all'espletamento del servizio per la consegna al mio domicilio dei farmaci.

Illorai, .....

*In Fede*

\_\_\_\_\_