



# COMUNE DI CAVERNAGO

PROVINCIA DI BERGAMO

SEDE: VIA PAPA GIOVANNI, 24 - TEL. (035) 840513 - FAX (035) 840575 - PART. IVA E COD. FISC. 00662800168 - C.A.P. 24050

Spett.le  
**Comune di Cavernago**

Il Sottoscritto (NOME) \_\_\_\_\_ (COGNOME) \_\_\_\_\_

età \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

1. Chiede l'attivazione del servizio pasti per anziani per il seguente numero di persone:

1       2       ALTRO specificare il numero

\_\_\_\_\_

2. Nominativi delle persone per cui si richiede il pasto al domicilio:

\_\_\_\_\_

3. Intende prenotare il pasto:

TUTTI i giorni dal LUNEDI' al VENERDI', quindi 5 giorni settimanali;

TUTTI i giorni dal lunedì al venerdì, compreso il pasto "doppio" per la giornata di sabato, consegnato il venerdì, quindi per 6 giorni settimanali;

4. Nell'ipotesi di allergie a dei cibi, oppure soggetti a diete particolari, si invita ad indicarlo, scrivendo nelle righe sottostanti.

In caso di attivazione del servizio dovrà essere presentata la relativa documentazione sanitaria.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_