



**Ayuntamiento
de Piélagos**

711

Av. Luis de la Concha 66, Renedo de Piélagos 39470. CANTABRIA – Tel. 942 076900 – Fax 942 076901 - C.I.F. P-3905200-F – (DIR3 L01390529 - O00023270)

Solicitud de catering social

Solicitante:	Nombre	
	Apellidos	
	NIF	

Representante: (Rellenar sólo en caso de actuar en representación del titular)	Nombre	
	Apellidos	
	NIF	

Dirección: (A efectos de notificaciones)	Dirección			
	Población		Código Postal	
	Municipio		Provincia	
	Email		Vía de notificación* <small>(a rellenar sólo por personas físicas)</small>	Telemática

Datos de contacto	Teléfonos	
--------------------------	-----------	--

SOLICITA EL SERVICIO DE CATERING SOCIAL

DOCUMENTACIÓN APORTADA (*presentar sólo en caso de que no se autorice la consulta de datos)

	*DNI
	*Certificado de ingresos
	Informe médico según modelo facilitado por los Servicios Sociales municipales
	Ficha de personas dependientes según modelo facilitado por los Servicios Sociales municipales

La firma de esta hoja supone la del resto de las hojas de la solicitud. El solicitante declara que los datos expresados son ciertos, por lo que se hace responsable de las inexactitudes o errores que contenga.

En		Fecha		Firma	
* Si se firma digitalmente la fecha válida será la que figura en la firma					

DECLARACIÓN RESPONSABLE

A efectos de la obtención del CATERING SOCIAL formulo la siguiente DECLARACIÓN RESPONSABLE:

- Que son ciertos todos los datos reflejados en esta Solicitud y acepto los compromisos que implica el ser beneficiario del mismo.
- Que no percibo otros servicios o prestaciones de análogo contenido y finalidad.
- Quedo enterado de la obligación de comunicar a los Servicios sociales del Ayuntamiento de Piélagos cualquier variación en los datos declarados que puedan producirse en lo sucesivo
- Que la unidad familiar no se halla incurso en ninguno de los motivos o causas que impiden obtener la condición de beneficiario de las establecidas en el art. 12 de la Ley 12/2006, de 17 de Julio de Subvenciones de Cantabria.

-Nº de cuenta bancaria:

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CONSENTIMIENTO DE ACCESO A DATOS PERSONALES

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos), el Real Decreto-Ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

AUTORIZO: Expresamente al Ayuntamiento de Piélagos para que se consulten los datos necesarios para la resolución del procedimiento del SERVICIO DE CATERING SOCIAL relativos a:

Identidad (DGP)	Prestaciones (INSS) y Renta social básica
Datos tributarios	Padrón municipal

Se presumirá que la consulta u obtención de datos es autorizada por los interesados salvo que conste su oposición expresa (art. 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas). En el caso de no otorgar consentimiento se harán los requerimientos para aportar documentación que se consideren oportunos.

NO doy mi CONSENTIMIENTO a que sean consultados o recabados mis datos necesarios para el trámite de la presente solicitud, relativos a Seguridad Social, Padrón, Hacienda y Catastro que obren en poder del Ayuntamiento de Piélagos o en otras Administraciones Públicas.

EL SOLICITANTE (Firma)

**LA CONCESIÓN DE LA PRESENTE AYUDA ES INCOMPATIBLE CON
CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y CENTRO DE DÍA POR DEPENDENCIA**

INFORME MÉDICO

VALORACIÓN DEL CATERING SOCIAL PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE COMIDA A DOMICILIO DEL AYUNTAMIENTO DE PIELAGOS

SOLICITANTE

DNI	FECHA DE NACIMIENTO	Nº SEGURIDAD SOCIAL
-----	---------------------	---------------------

PRESCRIPCIÓN ALIMENTICIA

TIPO DE MENÚ	Normal	Sin sal	Ácido úrico	Colesterol / bajo en grasas
	Túrmix	Diabético	Diséptico	Fácil masticación
	Otros			

INTOLERANCIA ALIMENTARIA

OBSERVACIONES

En	Fecha	Firma
----	-------	-------

Fdo. Nombre y apellidos

Centro de trabajo

Nº de colegiado



**SERVICIO DE COMIDA A DOMICILIO PARA
PERSONAS DEPENDIENTES**

Datos personales

Nombre y apellidos		DNI	Fecha de nacimiento
Domicilio			
Teléfono	Estado civil	Menú	Fecha de alta
Núcleo de convivencia	Parentesco	Nombre y apellidos	

Familiar de referencia

Nombre y apellido	Parentesco	Teléfono
-------------------	------------	----------

Datos de asistencia domiciliaria

Nombre y apellido	Municipal/Dependencia	Teléfono
Horario		

Datos de la vivienda

Entorno, tipo de vivienda, observaciones

Diagnóstico social