COMUNE DI POGGIO MOIANO

C.A.P. 02037 PROVINCIA DI RIETI Tel. 0765/876023
c.c.p. 15027022 Cod. Fisc. e P.IVA 00121900575 Fax 0765/876759
comune.tecnico@poggiomoiano.com Piazza Vittorio Emanuele n.2 www.comune.poggiomoiano.ri.it

AVVISO PUBBLICO

Oggetto: Emergenza COVID-19 – Attivazione servizio consegne a domicilio

IN RELAZIONE ALLO STATO EMERGENZIALE DETERMINATO DAL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19, E' VOLONTA' DELL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE IMPIEGARE I VOLONTARI DI PROTEZIONE CIVILE, NELLE ULTERIORI ATTIVITA' PREVISTE DALL'AGENZIA REGIONALE E DALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI E PRECISAMENTE:

- **Consegna di generi alimentari a domicilio**
- **Consegna di medicinali, dispositivi di protezione individuale forniti dal soggetto sanitario competente**
- **Consegna di altri beni di prima necessità**

IL SERVIZIO E' RIVOLTO PREVALENTEMENTE AI SOGGETTI "FRAGILI", NOTI AI SERVIZI SOCIALI COMUNALI, O COMUNICATI AL SINDACO DALLA ASL, ANCHE IN PERMANENZA DOMICILIARE, MA NON POSITIVI AL COVID-19.

LE ATTIVITA' COMMERCIALI CHE INTENDONO AVVALERSI DEL SERVIZIO, DOVRANNO COMUNICARLO DIRETTAMENTE ALLA PROTEZIONE CIVILE AL NUMERO

Cell. 371-4417149

CHE PROVVEDERA' AD EFFETTUARE LE CONSEGNE CON LE MODALITA' E CONDIZIONI PRESTABILITE, CON PARTICOLARE RIGUARDO ALLE MISURE DI PROTEZIONE INDIVIDUALE E ALLE INFORMAZIONI ASSUNTE DAI VOLONTARI, CHE SARANNO STRETTAMENTE RISERVATE.

Il Sindaco
F.to Dott. Sandro Grossi

COMUNE DI POGGIO MOIANO

C.A.P. 02037 PROVINCIA DI RIETI Tel. 0765/876023
c.c.p. 15027022 Cod. Fisc. e P.IVA 00121900575 Fax 0765/876759
comune.tecnico@poggiomoiano.com Piazza Vittorio Emanuele n.2 www.comune.poggiomoiano.ri.it

GRUPPO COMUNALE VOLONTARI DI PROTEZIONE CIVILE DI POGGIO MAIANO

Elenco Territoriale n. 547

Descrizione attività di cui all'allegato c)

Nome del volontario:_____

Cognome:_____

Mezzo utilizzato: _____**Targa**_____

Punto di partenza con il mezzo: _____

KM in partenza_____ **KM a fine servizio**_____

Luogo di destinazione:_____

via/piazza_____**n. civico**_____

Descrizione attività di supporto al COI/COM RI9_____

Data_____ Firma del volontario_____

Eventuali consegne di alimenti/materiali/farmaci ecc.

Nome e Cognome del cliente:_____

Indirizzo: Paese/frazione_____via/piazza_____n._____

Tipologia: alimenti/farmaci/materiali/altro _____

Provenienza:
(Ente, Esercente commerciale/altro ecc.)_____

Scontrino/ricevuta n. _____**del**_____**importo €**_____

Firma del cliente, per controllo del contenuto, ricevuta e accettazione della consegna:

Data _____ Firma del cliente per ricevuta della merce

_____

Data _____ Firma del negoziante per ricevuta di avvenuto pagamento

_____