

Oggetto: **Domanda di ammissione al servizio di Mensa scolastica A.S.
201_/201_ SCUOLA DELL'INFANZIA E PRIMARIA**

l sottoscritto _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

alla via _____ n° _____ zona denominata _____

Tel _____ Cell. _____ e mail _____

Consapevole che i dati forniti devono essere veritieri, che le dichiarazioni false, la falsità degli atti e l'uso di atti e falsi è reato e che ne conseguono sanzioni (revoca, sospensione) e la decadenza dai benefici conseguiti,

C H I E D E

Per il/la proprio/a figlio/a che frequenta la scuola nel Comune Porto Cesareo, di usufruire del servizio in oggetto per A.S. corrente:

N	Cognome e Nome	LUOGO E DATA NASCITA	Scuola classe
1			
2			
3			
4			

N.B. (barrare la voce che interessa)

DICHIARA

Di avere titolo alle agevolazioni previste dall'Amministrazione Comunale in favore delle famiglie residenti in questo Comune, allegando per lo scopo:

- Copia ISEE ORDINARIO
- Copia del verbale di riconoscimento Invalidi Civili (solo per i disabili).
- Copia permesso o carta di soggiorno (solo per gli stranieri).
- Certificato del medico curante di menù personalizzati (solo per allergici o intolleranti).
- Copia del documento d'identità (non scaduto).

DICHIARA altresì,

- Di pagare il ticket giornaliero previsto per coloro che usufruiscono del servizio in base alla fascia di reddito ISEE stabilita dal Comune e prendere atto che in caso di mancato pagamento gli uffici preposti daranno corso alla sospensione del servizio dopo il 5° giorno ed al recupero delle somme non versate ai sensi

del D.P.R. 18/01/1988 n.43

- Che nel caso di sospensione o rinuncia del servizio, provvederà a presentare apposita comunicazione scritta al Comune - Ufficio Pubblica Istruzione.
- Di presentare il seguente certificato medico (*solo in caso di allergie o intolleranze*) .
- **Di aver preso conoscenza del regolamento comunale del servizio di mensa scolastica vigente e di accettarne ogni sua disposizione.**

Data _____ Il/La Richiedente _____

=====

*N.B (Contrassegnare con una crocetta se del caso) **DICHIARA:***

che il valore ISEE del nucleo familiare di appartenenza per l'anno finanziario in corso **è superiore ad € 16.500,00.**

che l'alunno ed il nucleo familiare di appartenenza non è residente in questo Comune.

Pertanto non si allega copia delle dichiarazione ISEE, consapevole di dover partecipare alla quota contributiva pari alla fascia più alta del costo del servizio.

Data _____ Firma _____

=====

Informazioni relative alla raccolta dei dati personali (D.Lgs n.193/2003)

La presente raccolta persegue finalità istituzionali e riguarda adempimenti di legge e di regolamento. Il trattamento dei dati avviene tramite l'inserimento in banche dati automatizzate e/o aggiornamento di archivi cartacei. Le informazioni raccolte possono essere aggregate, incrociate e utilizzate cumulativamente. La comunicazione dei dati è necessaria ai fini dell'ottenimento della prestazione. L'interessato ha diritto di conoscere, cancellare, rettificare, integrare, opporsi al trattamento dei dati personali, nonché esercitare gli altri diritti riconosciuti dall'art.7 del D.Lgs 196/2002.

Data _____ Firma _____

A CURA DELL'UFFICIO

N. ALUN	SCUOLA	FASCIA	VALORE ISEE	COSTO GIORNALIERO	AGEVOLAZIONI

Tipologia Agevolazione

1. *Riduzione del 50% del costo per ogni secondo figlio usufruente il medesimo servizio;*
2. *Gratuità per il terzo o più figli usufruenti il medesimo servizio;*
3. *Gratuità per gli alunni disabili riconosciuti con reddito ISEE inferiore ad € 7.500,00;*
4. *Gratuità per alunni immigrati extracomunitari con ISEE fino ad € 0 (zero);*
5. *Esonero totale quota di partecipazione - intervento socio-assistenziale .*

N.	DATA CONSEGNA	FIRMA DESTINATARIO	IMPORTO PAGATO	N.GIORNI	FIRMA CONSEGnatARIO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Responsabile del Servizio
