

AL COMUNE DI PORTO CESAREO
SETTORE SERVIZI SOCIO SCOLASTICI
PORTO CESAREO
[Email: protocollo@comune.portocesareo.le.it](mailto:protocollo@comune.portocesareo.le.it)
[Posta Elettronica Certificata: protocollo.comune.portocesareo@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.comune.portocesareo@pec.rupar.puglia.it)

Oggetto: **Domanda di ammissione al servizio di MENSA SCOLASTICA**

il/la sottoscritto/a nato/a a il

residente a alla via n°

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 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | I | <input type="checkbox"/> | P | <input type="checkbox"/> | S | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | I | <input type="checkbox"/> | P | <input type="checkbox"/> | S | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | I | <input type="checkbox"/> | P | <input type="checkbox"/> | S | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | I | <input type="checkbox"/> | P | <input type="checkbox"/> | S | <input type="checkbox"/> |

N.B. I= INFANZIA P=PRIMARIA S=SECONDARIA (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 menu personalizzati (solo per allergici o intolleranti).
- Copia del documento d'identità (in corso di validità).

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 della 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 pari a € 0,00 (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