

Da presentare entro il 13 Ottobre 2021

ALL'UFFICIO PUBBLICA ISTRUZIONE
COMUNE DI CASTELBUONO

OGGETTO: RCHIESTA SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA 2021/2022

Il/la sottoscritt _____ nato/a a _____
il _____ residente in via _____ n° _____ C F _____
nella qualità di esercente la responsabilità genitoriale del/degli alunni _ di seguito elencati :

<p>• Cognome _____ Nome _____ nat_ a _____ il _____ frequentante la scuola: () Infanzia () Primaria () Secondaria di I° Plesso scolastico _____ Classe _____ Parte riservata all'Ente € _____</p>
--

<p>• Cognome _____ Nome _____ nat_ a _____ il _____ frequentante la scuola: () Infanzia () Primaria () Secondaria di I° Plesso scolastico _____ Classe _____ Parte riservata all'Ente € _____</p>
--

<p>• Cognome _____ Nome _____ nat_ a _____ il _____ frequentante la scuola: () Infanzia () Primaria () Secondaria di I° Plesso scolastico _____ Classe _____ Parte riservata all'Ente € _____</p>
--

CHIEDE

l'ammissione al servizio di refezione scolastica per l'anno scolastico 2021/2022.

- Si comunica di essere rintracciabile per le comunicazioni inerenti il servizio ai seguenti

Tel: _____ Cell: _____

e-mail: _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

✓ di impegnarsi, mensilmente, al pagamento del contributo a carico degli utenti;

- () che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), in corso di validità, è superiore a € 6.000,00;
- () che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), in corso di validità, è inferiore a € 6.000,00 (ALLEGARE modello ISEE);
- ✓ di accettare l'applicazione della retta massima in caso di mancata presentazione dell'attestazione ISEE;

~ ~ °° ~ ~ .. ~ ~ °° ~ ~ .. ~ ~ °° ~ ~

che l'alunn _____ è affett _da:

- () Intolleranza alimentare a _____
- () Allergia alimentare a _____
- () Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, obesità ecc. _____
ALLEGARE certificato medico in originale (l'assenza di detta certificazione solleva l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità)
- () per motivi religiosi non può assumere: _____

Allegare fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente

N.B. In caso di mancati pagamenti del servizio fruito per l'a.s. 2020/2021, la domanda non verrà accettata e, in assenza della regolarizzazione del debito, si provvederà alla messa in mora.

Allegare fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente

Castelbuono, li _____ Firma del Dichiarante

~ ~ °° ~ ~ .. ~ ~ °° ~ ~ .. ~ ~ °° ~ ~

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole che i dati personali forniti saranno raccolti e trattati esclusivamente per fini istituzionali dell'Ente)

Il Responsabile del trattamento dei dati personali è il Dott. Vincenzo Schillaci;
gli incaricati del trattamento sono gli operatori degli Uffici Comunali di Pubblica Istruzione.

Castelbuono, li _____ Firma del Dichiarante

L'Amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 e seguenti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445, si riserva la facoltà di effettuare idonei controlli, anche a campione e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 del predetto D.P.R. n° 455/2000