

**Modulo iscrizione refezione scolastica  
Anno 2019-2020**

***Dichiarazione sostitutiva***

(art.46 D.PR. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome del genitore o del tutore)

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(luogo) (prov.)

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

codice fiscale del genitore o del tutore

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare (1) \_\_\_\_\_ Cellulare (2) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

in qualità di  padre  madre  tutore

**CHIEDE**

di potere iscrivere il proprio figlio/a al Servizio di Refezione Scolastica per l'anno scolastico 2019/2020:

**1° figlio iscritto**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Frequentante la Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

Allergie e /o intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

( allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire )

**2° figlio iscritto**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Frequentante la Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

Allergie e /o intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

( allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire )

**3° figlio iscritto**

Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____
C.F. _____
Frequentante la Classe _____ Sezione _____ Scuola _____
Allergie e /o intolleranze alimentari _____
( <b>allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire</b> )

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere o uso di atti falsi**

**DICHIARA**

**PER I RESIDENTI**

<input type="checkbox"/> di aver preso visione del Regolamento del Servizio di Refezione Scolastica: criteri di accesso gestione e quote a carico dei cittadini
<input type="checkbox"/> di essere residente nel Comune di <b>Cardito</b>
<input type="checkbox"/> di appartenere alla seguente fascia di reddito ISEE:
<input type="checkbox"/> da € 0,00 a € 1.000,00 (esenzione totale )
<input type="checkbox"/> 1 <sup>a</sup> fascia maggiore di € 1.000,00 fino a € 5.000,00 ( costo unitario pasto € 1.50)
<input type="checkbox"/> 2 <sup>a</sup> fascia maggiore di € 5.000,00 fino a € 10.633,00 ( costo unitario pasto € 2.00)
<input type="checkbox"/> 3 <sup>a</sup> fascia maggiore di € 10.633,00 ( costo unitario pasto € 2.80)
<input type="checkbox"/> di allegare modello ISEE 2018 in corso di validità
<input type="checkbox"/> di allegare eventuale certificato medico e dieta speciale
<input type="checkbox"/> di allegare fotocopia del documento di riconoscimento valido di chi ha firmato.
<i>N.B. Nel caso in cui non sia allegato il modello ISEE richiesto o non risultino i redditi dell'anno precedente, e/o la dichiarazione ISEE sia scaduta, si applicherà la fascia massima fino a nuova documentazione.</i>

**PER I NON RESIDENTI**

<input type="checkbox"/> di aver preso visione del Regolamento del Servizio di Refezione Scolastica: criteri di accesso, gestione e quote a carico dei cittadini
<input type="checkbox"/> di essere residente nel Comune di _____ e pertanto di applicare la fascia con tariffa piena ( costo unitario singolo pasto € 3.50)
<input type="checkbox"/> di allegare eventuale certificato medico e dieta speciale
<input type="checkbox"/> di allegare fotocopia del documento di riconoscimento valido di chi ha firmato.

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti degli art. 2 e 3 e 13 della legge 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

DATA.....

FIRMA DEL GENITORE O TUTORE

\_\_\_\_\_

**SI RAMMENTA CHE QUALORA IL RICHIEDENTE NON FOSSE IN REGOLA CON I PAGAMENTI DEGLI ANNI PRECEDENTI, E/O NON FOSSE CORRETTAMENTE COMPILATI TUTTI I CAMPI INDICATI NELLA PRESENTE RICHIESTA, NON SARA' POSSIBILE EFFETTUARE L'ISCRIZIONE**