



Città di Tempio Pausania

Provincia di Sassari

Settore dei Servizi alla Persona ed alle Imprese

Richiesta Servizio di Refezione Scolastica

Al Comune di Tempio Pausania
Settore Servizi alla Persona
e alle Imprese
Servizi Sociali e Pubblica Istruzione

La domanda deve essere registrata al protocollo comunale in modalità riservata

Il/la sottoscritto/a:

| | | | |
|----------------|-----|---------|-------|
| COGNOME | | NOME | |
| NATO A | | IL | |
| CODICE FISCALE | | | |
| RESIDENTE A | | CAP | PROV. |
| INDIRIZZO | VIA | N. CIV. | TEL. |
| CELLULARE | | | |
| EMAIL | | | |

In qualità di (*barrare la casella di interesse*):

Genitore Tutore) dello studente:

| | | | |
|----------------|-----|---------|-------|
| COGNOME | | NOME | |
| NATO A | | IL | |
| CODICE FISCALE | | | |
| RESIDENTE A | | CAP | PROV. |
| INDIRIZZO | VIA | N. CIV. | TEL. |

Iscritto per l'anno scolastico 2019/2020 alla scuola:

Infanzia Primaria

| | | | | | |
|--------|--|---------|--|--------|--|
| CLASSE | | SEZIONE | | PLESSO | |
|--------|--|---------|--|--------|--|

Presenta domanda di

AMMISSIONE

RINNOVO

al Servizio di Refezione Scolastica per l'anno scolastico 2019/2020

con decorrenza dal _____.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere relative alle dichiarazioni contenute nella presente richiesta,

DICHIARA

che il proprio figlio/figlia:

- non ha allergie, intolleranze** o altri problemi di salute per i quali è necessaria una dieta speciale;
- per motivi di salute** deve seguire la dieta indicata nel certificato medico, che si allega;
- per motivi etico o religiosi** chiede che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata eliminando dalla dieta i seguenti alimenti:

Con riferimento al pagamento della quota di contribuzione al servizio:

- che il valore ISEE da utilizzare al fine della determinazione della retta per il servizio di refezione scolastica è il seguente:

| | | | |
|----------------------------|---|---------------|--|
| Numero Identificativo ISEE | | | |
| Data rilascio | | Data Scadenza | |
| Valore ISEE | € | | |

- che l'attestazione ISEE indicata si applica alle PRESTAZIONI AGEVOLATE RIVOLTE A MINORENNI.
- di accettare il pagamento della retta massima prevista per il Servizio di Refezione Scolastica in quanto:
 - non presenta la dichiarazione ISEE;
 - il valore ISEE è pari o superiore alla soglia massima di reddito (€ 13.000,00);
 - l'alunno non è residente nel Comune di Tempio Pausania;
- di aver richiesto la fruizione del servizio anche per altri figli;
- di essere esente dal pagamento della retta in quanto l'alunno è portatore di handicap ai sensi della L. 5 febbraio 1992 n. 104, come da certificazione medica allegata;
- di essere esente dal pagamento della retta in quanto l'alunno è in affidamento temporaneo presso famiglia o presso comunità alloggio per minori;
- di impegnarsi al rispetto del Regolamento Comunale per il Servizio di Refezione Scolastica e per quanto ivi non espressamente previsto, alla normativa vigente.
- di aver preso visione delle informative inerenti il trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse ai procedimenti e di averle comprese in tutte le loro parti.

che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;

di essere consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445;

AUTORIZZA

il comune di Tempio Pausania ad inviare le comunicazioni relative alla presente istanza al seguente indirizzo e_mail: _____

e/o al seguente indirizzo di posta elettronica

certificata: _____

e all'invio tramite WHATSAPP/SMS di comunicazioni istituzionali e notizie di pubblica utilità al seguente recapito telefonico: _____

avendo cura di dare immediata comunicazione in caso di variazioni;

SI ALLEGANO ALLA PRESENTE

- copia del documento di identità del richiedente **in corso di validità**
- certificazione medica per allergie, intolleranze o altri problemi di salute per i quali è necessaria una dieta speciale
- certificazione medica ai sensi della L. 5 febbraio 1992 n. 104, ;

Luogo e Data _____

Firma del richiedente

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che codesta amministrazione, ai sensi dell'art. 71 e seguenti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, ha facoltà di effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgessero fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui sopra.

Luogo e Data _____

Firma del richiedente

Informativa Privacy

Si avvisa che l'informativa è pubblicata nel sito istituzionale e se ne può prendere visione tramite il link: http://www.comune.tempiopausania.ot.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1611:privacy&catid=349&Itemid=1331A

La stessa è disponibile in forma cartacea presso l'ufficio Servi Sociali

Chiunque ne volesse acquisire una copia cartacea può richiederla all'ufficio Servi Sociali