COMUNE DI CAMPO LIGURE

Città Metropolitana di Genova

C.a.p. 16013 - Piazza Matteotti, 3 - Tel. 010.92.10.03 – 010.92.04.80 Fax 010.92.09.63

C.F. e P. I.V.A. 00867140105

e-mail info@comune.campo-ligure.ge.it

MODULO ISCRIZIONE MENSA SCOLASTICA

Al Sig. Sindaco del
Comune di CAMPO LIGURE

Il sottoscritto _____ c.f. _____

(indicare il genitore che intende usufruire delle detrazioni fiscali)

residente in_____ Via _____ n._____

Telefono _____

Email:_____

CHIEDE

che il proprio figlio _____

frequentante la classe _____ della Scuola _____ di Campo Ligure

sia ammesso ad usufruire del **servizio di refezione scolastica per l'anno scolastico ……/……..**

Il sottoscritto inoltre richiede per il predetto minore *[compilare in caso di necessità]*

a) L'applicazione di regime dietetico differenziato per motivi religiosi che preveda :
   - ☐ Sostituzione carne di maiale e salumi
   - ☐ Sostituzione di tutti i tipi di carne (maiale, salumi, pollo, tacchino, manzo..)
   - ☐ Altro specificare:_____

b) L'applicazione di regime dietetico, per motivi di salute, che preveda l'esclusione dei seguenti alimenti (allegare certificato medico): _____

Dichiara infine:

- di impegnarsi ad informare tempestivamente l'ufficio Pubblica istruzione del Comune di ogni variazione riguardante ogni elemento identificativo riportato nella domanda;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di compartecipazione alle spese secondo le tariffe vigenti applicate dall'Amministrazione Comunale;
- di essere a conoscenza del fatto che, nel caso in cui dovessero verificarsi morosità, nel pagamento di una tariffa relativa alla fruizione del servizio in oggetto, il Comune procederà all'emissione a ruolo degli importi dovuti dopo aver espletato le procedure di sollecito.
- di conoscere ed accettare integralmente il vigente regolamento comunale per il servizio di refezione scolastica.
- di aver ricevuto informativa, ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo196/2003, circa le modalità e le finalità del trattamento dei dati raccolti, i diritti di cui all'art. 7 del citato decreto ed i soggetti cui competono le operazioni di trattamento.

Il Richiedente

Campo Ligure, li _____ _____

Banca e IBAN su cui versare eventuali crediti: _____

Per chi ha diritto ad eventuali agevolzioni allegare alla presente l'ISEE in corso di validità o indicare anche eventuale condizione di disabilità :

NUOVE FASCE ISEE DGC n. 109 del 21/09/2020		**da € 0,00 a € 3.000,00**		**esenzione**
		da € 3.001,00 a € 6.500,00		**riduzione 50%**
		Portatori di handicap		**esenzione**