



COMUNE DI MOSCIANO S. ANGELO

Area Amministrativa

Servizi Turistici, Culturali e Scolastici

Spazio Ufficio Protocollo

**Da trasmettere
entro e non oltre
il 29.07.2022**

All'Ufficio Servizi Scolastici

**OGGETTO: Domanda di iscrizione al servizio di refezione scolastica a. s.
2022/2023.**

Il/La sottoscritto/a (generalità genitore o esercente potestà genitoriale)

COGNOME		NOME																			
NATO A											DATA di NASCITA										
CODICE FISCALE																					
RESIDENZA Via/Piazza													N. CIV.								
COMUNE	MOSCIANO S. ANGELO	Prov.	TE	TEL. - CELL.																	
E mail																					

CHIEDE

nella qualità di esercente la potestà genitoriale

l'iscrizione al servizio di refezione scolastica nell'a. s. 2022/2023;

nell'interesse di

Generalità dello studente destinatario

COGNOME										NOME									
NATO A										DATA di NASCITA									
CODICE FISCALE																			
Scuola frequentata dallo studente nell'anno scolastico 2021/2022:																			
Classe di frequenza: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (<u>barrare il quadratino relativo alla classe frequentata</u>) Sezione di frequenza: _____																			

DICHIARA:

- Che l'utente necessita di diete speciali per motivi:
- sanitario-patologici
 - etico-religiosi
- Che l'utente sia soggetto diversamente abile in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5.2.92, n.104
- Che l'utente ha fratelli/sorelle che usufruiscono del servizio di refezione scolastica nel Comune di Mosciano Sant'Angelo (indicare i nominativi: _____)

A tal fine allega alla presente:

- **Copia fotostatica documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;**
- **Copia attestazione ISEE in corso di validità e privo di difformità. Nel caso di mancata allegazione dell'ISEE verrà assegnata la fascia tariffaria più alta;**
- **in caso di necessità di dieta speciale per motivi sanitario-patologici** idonea certificazione medica
- **(in caso di situazione in cui si ha diritto all'esenzione dal pagamento del servizio)** Certificazione medica rilasciata dalla ASL territorialmente competente e comprovante lo stato di disabilità del minore ai sensi della Legge n. 104/1992.

Il sottoscritto dichiara:

1. di accettare e rispettare tutte le norme che regolamentano il servizio di refezione scolastica comunale;
2. di essere in regola con tutti i precedenti pagamenti riguardanti tutti i servizi scolastici comunali;
3. di essere a conoscenza che si applica l'articolo 4, comma 2, D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 109 in materia di controllo di veridicità delle informazioni fornite e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci rese in sede di autocertificazione;
4. di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento CE 27 aprile 2016, n.2016/679/UE, circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente per le quali la presente richiesta viene resa, e di acconsentire, ai sensi dell'art. 6 e 7 del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Data _____

Firma
