

OGGETTO: RICHIESTA 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 dell'alunn _

• Cognome _____ Nome _____ nat ___ a

_____ il _____ frequentante la scuola:

() Infanzia - Via Imera - Classe _____

() Primaria - Plesso Scolastico "G.De Maria" - Classe _____

() Secondaria di 1° grado - Plesso Scolastico "Contessa Maria Adelasia" - Classe _____

C H I E D E

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

D I C H I A R A

✓ di impegnarsi, mensilmente, al pagamento del contributo a carico degli utenti accettando incondizionatamente le norme fissate con atto deliberativo della G.M. n° 76 del 29.04.2014 che stabilisce che:

- la compartecipazione al costo giornaliero del pasto in € 2,50;
- nel caso in cui la stessa famiglia abbia più di un figlio ammesso al servizio, il costo dello stesso oltre il primo sarà ridotto del 50% ad utente.
- ha diritto all'esenzione l'utente soggetto portatore di handicap o soggetto facente parte di nucleo familiare il cui reddito ISEE complessivo non supera € 2.000,00 annuali.

Pertanto, dichiara:

- di avere diritto all'esenzione del pagamento della quota di compartecipazione alla spesa, trovandosi nelle condizioni di:

() Soggetto portatore di handicap;

() Facente parte di nucleo familiare il cui reddito ISEE complessivo non supera € 2.000,00 annuali
(ALLEGARE copia modello ISEE in corso di validità);

- ✓ () che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), in corso di validità, è superiore a € 2.000,00;
- ✓ 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 e la Ditta da qualsiasi responsabilità)]

✓ che l'alunn__ per motivi religiosi/etici non può assumere: _____

✓ che, ai fini della riduzione del costo del buono mensa, nell'Istituto Comprensivo di Collesano sono iscritti a tempo prolungato i seguenti altri figli:

1. _____ classe _____ Ordine _____
2. _____ classe _____ Ordine _____
3. _____ classe _____ Ordine _____

✓ di essere a conoscenza che le modalità di pagamento per l'acquisto dei buoni pasto è consentito esclusivamente, tramite versamento con Carta di Credito direttamente presso l'Ufficio Servizi Sociali e Scolastici del Comune dotato di POS o su c.c.p. n° 15678907 intestato a Comune di Collesano con la causale "Compartecipazione costo servizio refezione scolastica" o bancario IBAN IT40H0897643310000000305944 Conto Tesoreria Comunale acceso presso la BCC "San Giuseppe" Agenzia di Collesano, con ricevuta da esibire all'Ufficio Servizi Sociali e Scolastici del Comune per il ritiro dei relativi buoni pasto.

✓ di essere a conoscenza che al massimo entro le 9,15 la scuola dovrà comunicare i dati al centro cucina ed è necessario che le famiglie segnalino il giorno precedente eventuali entrate dopo l'orario (per visite mediche ecc.) in modo che il numero degli alunni corrisponda alle effettive presenze.

✓ di essere a conoscenza che i buoni pasto consegnati ai collaboratori scolastici, in caso di assenza improvvisa dell'alunno durante la giornata, non verranno restituiti.

Collesano, _____

IL RICHIEDENTE

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 Giacoma Gargano.

Gli incaricati del trattamento sono gli operatori dell'Ufficio Servizi Sociali e Scolastici del Comune.

Collesano, 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.