

ALLEGATO “A”

**AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI ASSORO**

Servizio mensa scolastica anno scolastico 2025/2026.

Domanda ammissione al Servizio

ALUNNO/A

Cognome _____

Nome _____ nato/a _____ il ____/____/____

frequentante la Scuola d’Infanzia e/o scuola Primaria e Secondaria di primo grado

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. (____) il ____/____/____ residente ad Assoro in

Via _____ n° ____ tel. _____ C.F. _____

CHIEDE

Il servizio di refezione scolastica in oggetto per il proprio figlio/a per l’anno scolastico 2025/2026.

A tal fine il richiedente, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 del D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

- Che l’indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) in corso di validità del nucleo familiare è di € _____ (allegare il modello ISEE);
- Di essere a conoscenza che la mancata presentazione della documentazione ISEE determina il pagamento della retta più alta;
- Di impegnarsi ad informare tempestivamente il Comune di Assoro nel caso in cui emerga, durante l’anno scolastico, l’esigenza di una dieta speciale (allegando certificazione medica) o nel caso di cambio di sezione e/o classe frequentata dal proprio figlio/a;
- Di autorizzare codesto Ente ad utilizzare i dati contenuti nel presente formulario per le finalità previste dalla legge, nel rispetto dei limiti posti dal D. Lgs 196/2003.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza:

- che le tariffe per usufruire del servizio di refezione scolastica per l'anno 2025/2026 ai sensi della D.C.C. n. 32 del 26/07/2023 sono le seguenti:

Fascia I.S.E.E.	Quota a carico dell'utenza in % costo al pasto
Uguale o inferiore a € 3.000,00	0,00%
Compresa tra 3.000,01 e € 7.500,00	20,00%
Compresa tra 7.500,01 e € 12.000,00	40,00%
Compresa tra 12.000,01 e € 16.500,00	60,00%
Oltre 16.500,01	70,00%

RICHIESTA MENU PER DIETA SPECIALE

(Da compilare solo se necessario)

- ☐ Richiesta di dieta speciale per allergie o intolleranze

Il sottoscritto chiede che tali alimenti vengano eliminati dal menu e sostituiti con altri di contenuto nutrizionale equivalente, come da **certificato medico allegato**.

- ☐ Richiesta di dieta speciale per motivi etico religiosi

COMPILATO IN MANIERA CHIARA E LEGGIBILE

Specificare gli alimenti da escludere _____

.....

SI ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- Fotocopia modello ISEE in corso di validità;
- Certificato medico con indicazioni degli alimenti da eliminare e sostituire, qualora si sia fatta richiesta di dieta speciale per allergie o intolleranze.

La presente dichiarazione sottoscritta dall'interessato/a unitamente alla fotocopia, non autenticata, del documento di riconoscimento del dichiarante, può essere presentata all'ufficio Servizi Sociali di Via Cottone n.135.

Assoro, lì _____

FIRMA
