

Al Comune di

Canale Monterano

Oggetto: **Iscrizione al Servizio di Refezione. Anno Scolastico 2019/2020.**

Il/la sottoscritto/a - residente
in Via/P.zza
Tel. mail
padre/madre dell'alunno/a frequentante la
classe della scuola ☐ materna Canale ☐ materna Monteverginio
☐ elementare ☐ media

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a sia ammesso/a ad usufruire del servizio di refezione scolastica.

Ai fini del pagamento del servizio richiesto, informato sulle modalità previste dal regolamento comunale per l'erogazione delle prestazioni sociali agevolate e sulle fasce ISEE attualmente vigenti, dichiaro altresì quanto segue (barrare la casella che interessa):

- ☐ di non essere nelle condizioni per poter usufruire di tariffa agevolata e di pagare la quota intera del servizio, pari a € 3,00.= per ogni pasto consumato;
- ☐ di voler usufruire di tariffa agevolata del 50%, calcolata sulla base del valore ISEE del mio nucleo familiare compreso tra € 0 e € 5.000,00 e a tal proposito allego ISEE calcolato da Centro Assistenza Fiscale;
- ☐ di voler usufruire di tariffa agevolata del 30%, calcolata sulla base del valore ISEE del mio nucleo familiare compreso tra € 5.001,00 e € 7.000,00 e a tal proposito allego ISEE calcolato da Centro Assistenza Fiscale;

di voler usufruire di tariffa agevolata del 50%:

- ☐ terzo figlio che usufruisce del servizio mensa scolastica;
- ☐ figlio portatore di handicap;
- ☐ situazione di disagio sociale in carico ai Servizi Sociali;

ESIGENZE ALIMENTARI

Ai fini di poter usufruire di un eventuale pasto differenziato, nel rispetto di quanto previsto dal regolamento per il servizio di refezione scolastica, si dichiara quanto segue:

- ☐ il/la proprio/a figlio/a non necessita di pasto alimentare differenziato;

- ☐ il/a proprio/a figlio/a per motivazioni etico/religiose non può consumare i seguenti alimenti: e si chiede di concordare un menù alternativo con l'ASL:

.....

.....

- ☐ il/a proprio/a figlio/a ha esigenze alimentari differenziate, come attestato dal certificato del medico allergologo, allegato alla presente richiesta e si chiede di concordare un menù alternativo con l'ASL.

COMMISSIONE MENSA

Il/la sottoscritta è interessato/a ad essere informato delle riunioni della Commissione mensa:

SI ☐

NO ☐

Il sottoscritto, dichiara di essere a conoscenza delle norme che regolamentano la fruizione del servizio e si impegna a rispettarle. Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni informazione che potrebbe comportare modificazione o interruzione dell'erogazione del servizio.

Data,

FIRMA
