



CITTA' DI AVIGLIANO

Provincia di Potenza

Domanda di iscrizione servizio mensa scolastica per l'anno scolastico 2019/2020

La/Il sottoscritto/a (Cognome e nome) _____

Nata/o a _____ in data ____/____/____

Residente in _____ Prov. ____ VIA _____ N° ____/____-
CAP _____

Codice Fiscale _____ email _____

Telefono ab. _____ Cell _____

CONSAPEVOLE

di quanto deliberato con gli atti normativi dall'Amministrazione Comunale in merito alla determinazione delle tariffe dei servizi scolastici;

- che per l'anno 2019/2020 l'alunno/a utilizza per la prima volta il servizio richiesto;
- che l'alunno/a ha già usufruito del servizio nell'anno scolastico 2018/2019;
- che in caso di mancato pagamento della tariffa attribuita, si procederà alla sospensione del servizio e al recupero coattivo del credito;
- che qualsiasi variazione dei dati dichiarati al momento dell'iscrizione e l'eventuale rinuncia al servizio richiesto, dovranno essere tempestivamente comunicati per iscritto all'Ufficio Istruzione del Comune di Avigliano;

quale genitore/tutore del minore sottoindicato :

CHIEDE

l'ammissione al Servizio di Refezione Scolastica per l'anno scolastico 2019/2020 , per:

1° figlio/a:

Cognome e nome _____	Sesso: M / F
Luogo e data di nascita _____	
C.F. _____	
Iscritto per l'A.S. 2019/2020 presso la scuola: dell'infanzia <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secondaria di I <input type="checkbox"/> grado	
Sede di: _____ Classe: _____ Sezione: _____ dell'Istituto Comprensivo	
_____ Plesso _____	
Richiesta di dieta speciale (per allergie, intolleranza, malattie metaboliche etc) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<i>(solo se in possesso di idonea certificazione medica rilasciata da pediatri di base o da specialisti in allergologia e malattie metaboliche)</i>	

2° figlio/a:

Cognome e nome _____ Sesso: M / F

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ Via _____

C.F. _____

Iscritto per l'A.S. 2019/2020 presso la scuola: dell'infanzia primaria secondaria di I grado

Sede di: _____ Classe: _____ Sezione: _____ dell'Istituto Comprensivo _____

_____ Plesso _____

Richiesta di dieta speciale (per allergie, intolleranza, malattie metaboliche etc) SI NO

(solo se in possesso di idonea certificazione medica rilasciata da pediatri di base o da specialisti in allergologia e malattie metaboliche)

3° figlio/a:

Cognome e nome _____ Sesso: M / F

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ Via _____

C.F. _____

Iscritto per l'A.S. 2019/2020 presso la scuola: dell'infanzia primaria secondaria di I grado

Sede di: _____ Classe: _____ Sezione: _____ dell'Istituto Comprensivo _____

_____ Plesso _____

Richiesta di dieta speciale (per allergie, intolleranza, malattie metaboliche etc) SI NO

(solo se in possesso di idonea certificazione medica rilasciata da pediatri di base o da specialisti in allergologia e malattie metaboliche)

DICHIARA

Che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente in corso di validità del proprio nucleo familiare è di

€. _____, come da allegato Modello ISEE in corso di validità e pertanto di appartenere alla seguente fascia di contribuzione :

FASCIA ESENTI

Valore ISEE minore di €. 2.100,00 esenzione totale dal pagamento della retta

(per la concessione di tale esenzione totale il Comune effettuerà tutte le opportune verifiche per accertare, tramite gli operatori del servizio sociale, l'effettivo stato di disagio socio-economico del nucleo familiare)

			1^ F	2^ F	3^ F
<input type="checkbox"/>	1^ FASCIA	Da €. 2100,01 A €. 4.200,00	€. 2,04	€. 2,04	esente
<input type="checkbox"/>	2^ FASCIA	Da €. 4200,01 A €. 7.700,0	€. 2,74	€. 2,27	esente
<input type="checkbox"/>	3^ FASCIA	Da €. 7.700,01 A €. 13.000,00	€. 3,54	€. 2,76	€.1,68
<input type="checkbox"/>	4^ FASCIA	Oltre €. 13.000,00	€. 3,54	€. 3,54	€.3,54

Avigliano,

Firma del Genitore
