



DOMANDA ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA A.S. 2022/2023

Da trasmettere esclusivamente tramite mail al seguente indirizzo: pubblicaistruzione@comune.orzinuovi.bs.it **ENTRO IL 30 GIUGNO 2022**. Per informazioni contattare Ufficio pubblica istruzione tel. 030 9942347/345.
Allegare FOTOCOPIA DOCUMENTO IDENTITA' e ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITA'

DATI DEL GENITORE/LEGALE RAPPRESENTANTE

Io sottoscritto

Cognome e nome																			
Codice fiscale																			
Luogo di nascita											Data di nascita								
Via/Piazza											N° civico								
Comune di residenza											Provincia								
Frazione																			
Telefono											Cell.:								
e-mail (<i>obbligatoria</i>):																			

in qualità di:

- genitore del minorenne presente nel proprio nucleo familiare anagrafico
 rappresentante legale o soggetto affidatario per il minorenne

CHIEDE L' ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA

Cognome e nome																			
Codice fiscale																			
Luogo di nascita											Data di nascita								
Comune di residenza	ORZINUOVI										Provincia	BS							
SCUOLA PRIMARIA		Classe a.s. 2022/23 _____ sezione _____																	
<input type="checkbox"/> DIETA RELIGIOSA (indicare gli alimenti che non può mangiare) _____ _____ _____ _____		<input type="checkbox"/> DIETA SPECIALE MEDICA (ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO)																	

DICHIARA



<input type="checkbox"/>	DI ESSERE RESIDENTE NEL COMUNE DI ORZINUOVI
<input type="checkbox"/>	DI ESSERE RESIDENTE NEL COMUNE DI _____
<input type="checkbox"/>	CHE IL MINORE E' DISABILE AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992
<input type="checkbox"/>	CHE IL MINORE E' IN AFFIDO
<input type="checkbox"/>	CHE IL MINORE APPARTIENE A FAMIGLIA IN CUI ENTRAMBI I GENITORI LAVORANO MADRE (nome e cognome) _____ lavora presso (indicare azienda/ufficio) _____ con sede a _____ PADRE (nome e cognome) _____ lavora presso (indicare azienda/ufficio) _____ con sede a _____
<input type="checkbox"/>	CHE IL MINORE APPARTIENE A FAMIGLIA MONOGENITORIALE IN CUI IL GENITORE LAVORA (nome e cognome) _____ lavora presso (indicare azienda/ufficio) _____ con sede a _____

DICHIARA INOLTRE CHE

- ha preso atto che il servizio è soggetto a contribuzione, come di seguito indicato e di appartenere alla fascia indicata (allegare ISEE se si vuole usufruire di scontistica):

Fascia	Indicatore ISEE (in Euro)	Costo Pasto	Indicare fascia
I	fino a 8.263,00	€ 4,50	<input type="checkbox"/>
II	da 8.263,01 a 10.490,00	€ 4,70	<input type="checkbox"/>
III	oltre 10.490,00 e/o accettazione fascia massima	€ 5,00	<input type="checkbox"/>

E' prevista la riduzione del 50% per il secondo e di un ulteriore 50% per il terzo fratello che usufruisce del medesimo servizio presso la Scuola dell'Infanzia e Primaria Statali di Orzinuovi. Oltre il terzo fratello il servizio è gratuito.
Per i non residenti il costo è di euro 5,00.

- DI ESSERE A CONOSCENZA CHE, in caso di ammissione al servizio, deve essere garantita la frequenza tutti i giorni, in caso di assenze ripetute il Comune potrà valutare la revoca del servizio.

A tal fine il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, è **consapevole** che la presente istanza può essere sottoposta a controllo da parte dell'Amministrazione nonché delle conseguenze, anche penali, in caso di dichiarazioni mendaci e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Orzinuovi _____

FIRMA _____