



CITTA' di MATINO

Provincia di Lecce

SETTORE POLITICHE SOCIO
ASSISTENZIALI

Al Sig. SINDACO
del Comune di MATINO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ pv _____ C.F. _____

residente a _____ Cap. _____ pv _____ Via _____ N. _____

Tel. _____ Cellulare _____ e-mail _____

Chiede per il FIGLIO/A

Cognome e Nome dell'Alunno/a _____

Nato/a il _____ a _____ pv _____ C.F. _____

Scuola _____ Classe _____ Sezione _____

di usufruire del **SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA**

A tal proposito si impegna, sin da ora al pagamento della tariffa a proprio carico così come stabilita da Codesto Ente così come stabilito con deliberazione di Giunta Comunale n. 263 adottata in data 6 dicembre 2024, nei modi e termini di seguito indicati

<i>Reddito ISEE in corso di validità</i>			<i>Costo singolo</i>
<i>fascia</i>	<i>da</i>	<i>a</i>	<i>pasto</i>
1	€ 0,00	€ 1.000,00	€ 0,00
2	€ 1.000,01	€ 8.000,00	€ 2,50
3	€ 8.000,01	€ 16.000,00	€ 3,30
4	€ 16.000,01	€ 24.000,00	€ 3,70
5	€ 24.000,01	in poi	€ 3,90

DICHIARA:

1. di **essere a conoscenza** che la suddetta tariffa potrà essere modificata previa delibera di Giunta Comunale in tal senso, nel limite massimo del singolo costo che quest'Ente sostiene per la fornitura del pasto;
2. di **aver diritto** all'applicazione della tariffa in relazione al valore ISEE di appartenenza, come da attestazione in corso di validità allegata (La mancata presentazione della stessa, comporterà l'obbligo di versamento della tariffa massima prevista);
3. di **essere a conoscenza** che l'attestazione ISEE presentata sarà sottoposta ai controlli previsti dalla vigente normativa in materia;
4. di **essere a conoscenza** che per usufruire del servizio è necessario avere sempre un credito pasti positivo, nell'intesa che lo stesso sarà sospeso qualora risulti un saldo negativo superiore a quattro pasti;

Dichiara, inoltre, ai sensi del Decreto Legislativo n.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Privacy) di essere a conoscenza dei propri diritti, in relazione ai dati personali di cui l'ufficio entrerà in possesso.

Allega alla presente:

- a. copia attestazione I.S.E.E. (in mancanza, si applicherà la tariffa massima)
- b. copia documento di identità
- c. modulo di richiesta Dieta Speciale (per motivi religiosi, intolleranze e/o patologie diverse)
- d. certificato medico attestante la patologia ed eventuali comunicazioni (solo per utenti interessati)

Data _____

Firma _____