

**Amministrazione destinataria**

Comune di Gussago

Ufficio destinatario

Ufficio pubblica istruzione

Domanda di iscrizione al servizio di mensa scolastica e prescuola*anno scolastico*

/

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
				Scala	Piano
				☐	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

del bambino

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	

☐ **residenza** *(da compilare solo se diversa da quella del genitore)*

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano

iscritto alla scuola

Scuola	Anno scolastico	Classe	Sezione

CHIEDE

l'iscrizione al servizio di

☐	prescuola
	<i>(non si applica l'ISEE)</i>
☐	mensa scolastica
☐	per cinque giorni settimanali (modulo scolastico 40 ore)
☐	per tre giorni settimanali (modulo scolastico 30 ore)
Dieta	
☐	di non usufruire di una dieta speciale
☐	di usufruire di una dieta speciale
	<i>(la dieta sarà attivata solo ed esclusivamente a seguito di mail di conferma da parte del dietista della ditta incaricata)</i>

		Tipo di dieta
	☐	musulmana
	☐	indiana
	☐	integralista
	☐	vegetariana
	☐	vegana
	☐	per motivi di salute, pertanto
		allega certificato medico

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☐	che il bambino è persona con disabilità certificata ai sensi della Legge 05/02/1992, n.104, pertanto allega certificazione della condizione di disabilità ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104
☐	che il bambino o il nucleo familiare in cui è inserito sono seguiti dal servizio sociale

che il bambino e/o il nucleo familiare presenta le seguenti situazioni che danno diritto all'attribuzione di punteggio per l'inserimento in graduatoria

☐	unico genitore esistente (in vita) lavoratore Azienda o ente presso cui lavora Sede lavorativa <table><tr><th>Provincia</th><th>Comune</th><th>Indirizzo</th><th>Civico</th><th>CAP</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Orario lavorativo 	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP															
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP																	
☐	entrambi genitori lavoratori Condizioni occupazionali del padre Azienda o ente presso cui lavora Sede lavorativa <table><tr><th>Provincia</th><th>Comune</th><th>Indirizzo</th><th>Civico</th><th>CAP</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Orario lavorativo Condizioni occupazionali della madre Azienda o ente presso cui lavora Sede lavorativa <table><tr><th>Provincia</th><th>Comune</th><th>Indirizzo</th><th>Civico</th><th>CAP</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Orario lavorativo 	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP						Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP																	
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP																	

riguardo al pagamento della quota

☐	di pagare la quota massima				
☐	le seguenti condizioni economiche ISEE del nucleo familiare, pertanto chiede l'accesso a tariffa agevolata <table><tr><th>Importo ISEE</th><th>Data di fine validità</th></tr><tr><td>€</td><td></td></tr></table>	Importo ISEE	Data di fine validità	€	
Importo ISEE	Data di fine validità				
€					

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di essere a conoscenza che in caso di mancato pagamento nei termini stabiliti e comunicati dall'ufficio, verrà avviata la procedura per la riscossione coatta del debito accumulato e potrà essere sospeso il servizio
- ☒ di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli, anche da parte della Guardia di Finanza, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite (finanziarie, scolastiche e relative alla composizione del nucleo familiare)

SI IMPEGNA

- ☒ a comunicare ogni variazione inerente la condizione complessiva dichiarata in questa domanda

COMUNICA

di scegliere la seguente modalità di pagamento del servizio

☐	pagamento mensile a cura del Comune con addebito in conto corrente bancario intestato al genitore richiedente IBAN il genitore autorizza il Comune di Gussago a richiedere alla banca del debitore l'addebito del suo conto e autorizza la banca del debitore a procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Comune
☐	pagamento mensile a cura del genitore tramite la piattaforma PagoPA

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐	certificazione della condizione di disabilità ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104
☐	copia del certificato medico <i>(da allegare se si tratta di soggetto con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta certificata)</i>
☐	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
☐	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--