**Comune di Irg oli** Via Roma,1 09020 Irgoli (NU)

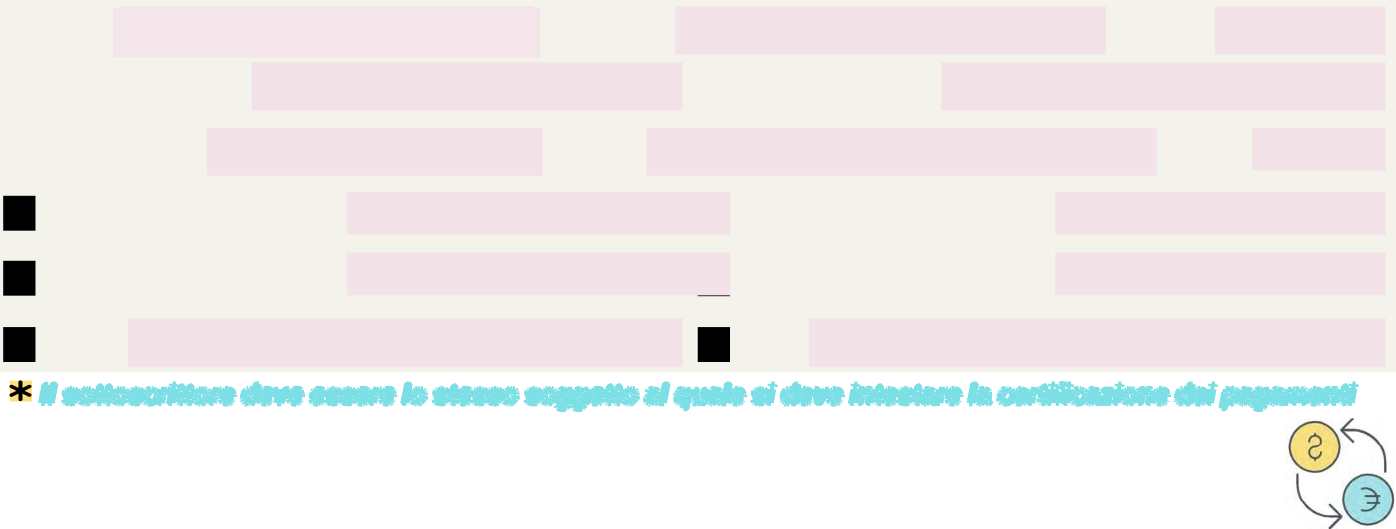
***All’Ufficio Se rv iz i Sociali, Pubblica Is truz ione, cultura***

Iscrizione al Servizio Mensa Scolastica per la Scuola dell’Infanzia,della Primaria, della Secondaria A.S. 2022/2023

Sito Internet: [http://www.comune.irgoli.nu.it](http://www.comune.irgoli.nu.it/)

e-mail [protocollo@comune.irgoli.nu.it](mailto:protocollo@comune.irgoli.nu.it) Pec [pec.comune.irgoli@legalmail.it](mailto:pec.comune.irgoli@legalmail.it)

Il sottoscritto, in qualità di genitore o chi ne fa le veci, DICHIARA le seguenti proprie generalità e residenza



1° Recapito Telefonico

2° Recapito Telefonico

3° Recapito Telefonico

4° Recapito Telefonico

***Il sottoscrittore deve essere lo stesso soggetto al quale si deve intestare la certificazione dei pagamenti***

**Presa vis ione delle tariffe del Servizio a Domanda Individuale :**

Pec:

Email:

CAP

Piazza

Residente a

Codice fiscale

Luogo di nascita

nato il

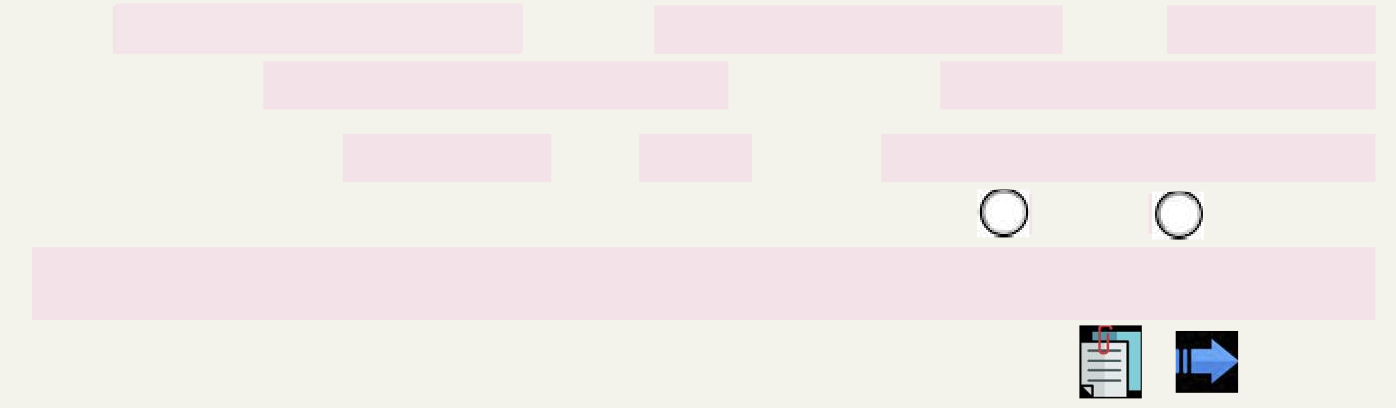
Cognome

Nome

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fas cia di reddito IS EE** | | | |
| FASCIA | A | Tariffa Infanzia | *2,00* |
| FASCIA | B | Tariffa Primaria | *2,60* |
| FASCIA | C | Tariffa Secondaria | *2,60* |
| FASCIA | D | Tariffa non Residenti | *5,28* |

## DICHIARA

**Sezione 1: dati anagrafici minori**



Nome

Cognome

nato il

Luogo di nascita

Codice fiscale

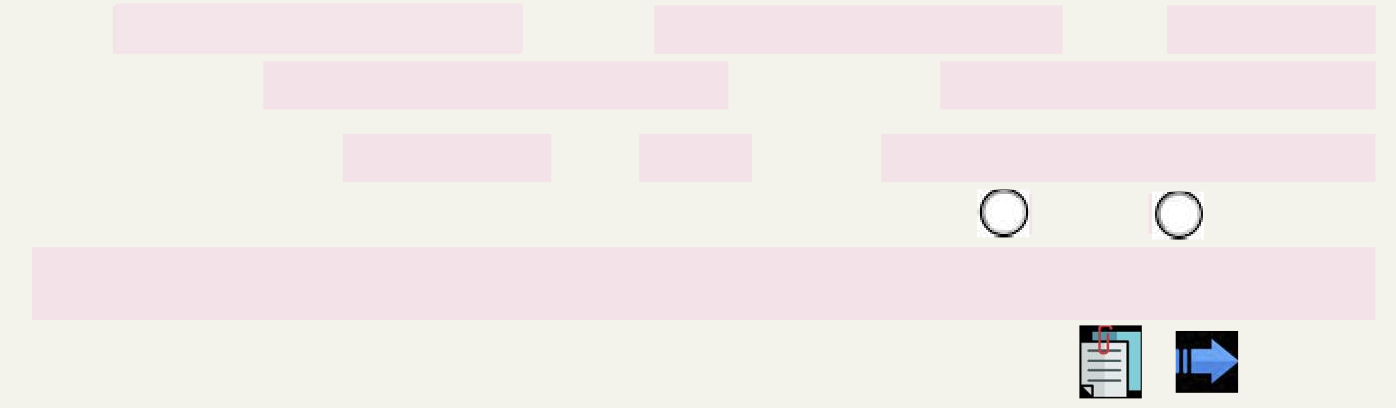
Frequentante la classe

sez.

Scuola

Allergie e /o intolleranze alimentari e/o diete etico religiose

( ***allegare certificazione medica e eventuale dieta da s eguire*** )



Nome

Cognome

nato il

Luogo di nascita

Codice fiscale

Frequentante la classe

sez.

Scuola

Allergie e /o intolleranze alimentari e/o diete etico religiose

( ***allegare certificazione medica e eventuale dieta da s eguire*** )

# Dichiara

* Di aver preso attenta visione delle tariffe comunali del servizio di mensa scolastica e sono a conoscenza che il mancato pagamento delle tariffe dovute darà luogo al recupero del credito, anche in forma coattiva, con addebito di spese ed interessi per l’attività di recupero.
* Di conoscere le modalità di prenotazione e disdetta del pasto.
* Di impegnarsi al pagamento anticipato dei pasti.
* Di eleggere come domicilio speciale per le comunicazioni con il Comune di Irgoli l’indirizzo di posta elettronica ed i numeri di telefono sopra indicati.
* Di essere a conoscenza che, nel caso di corresponsione dei benefici, si applica l’art.4, comma 2, del D. Lgs 109/1998 in materia di controllo della veridicità delle informazioni fornite e che, in caso di dichiarazioni non veritiere, è passibile di sanzioni penali ai sensi del D.P.R. 445/2000, oltre alla revoca dei benefici eventualmente percepiti.
* Di essere in regola con i pagamenti per il servizio mensa dell’A.S. precedente o d’impegnarsi a regolarizzare il pagamento entro l’inizio dell’anno scolastico 2022/2023.
* Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento UE 679/2016 che i dati personali saranno trattati per necessità nell’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento, cosi come indicato nell’avviso pubblico.

## DICHIARA INOLTRE:

* che la residenza degli iscritti alla mensa è la stessa del sottoscrittore:  
* in relazione alla mensa scolastica usufruita negli anni precedenti:

Di non avere morosità

Di avere morosità





firma in caso di assenza di morosità

Firma in caso di morosità

# Si impegna

* a comunicare tempestivamente all’Ufficio Pubblica Istruzione del Comune qualsiasi variazione sottoscritta nella domanda di iscrizione e qualsiasi sospensione o interruzione al servizio, assumendosi la responsabilità e il costo dei pasti eventualmente forniti per la mancata/ritardata trasmissione dei dati.
* a pagare anticipatamene la quota a carico utente, o comunque a saldare gli importi dovuti entro il 30 giugno 2023.
* a comunicare ogni cambiamento di indirizzo, residenza, recapito, scuola, classe e sezione rispetto a quanto dichiarato con la presente
* a consegnare il certificato medico per l’eventuale dieta personalizzata con un preavviso di almeno 5 giorni lavorativi

## SI ALLEGA (spuntare i documenti che s i s tanno consegnando)

## FOTOCOPIA DOCUMENTO IDENTITÀ’ E CODICE FIS CALE

## CERTIFICATO MEDICO (con relativa dieta - solo in caso di dieta particolare per motivi di salute)

*La sottoscritto/a alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione (artt. 316, 337 ter e 337 quater e successive modifiche e integrazioni), che attribuiscono, in particolare per le decisioni di maggiore interesse quali l’istruzione e l’educazione, ad entrambi i genitori la responsabilità genitoriale da esercitarsi di comune accordo, dichiara che la presente domanda di iscrizione è frutto di una scelta condivisa da parte di entrambi i genitori del minore.*

*Firma del Genitore*