

**Modulo iscrizione refezione scolastica  
Anno 2018-2019**

***Dichiarazione sostitutiva***

(art.46 D.PR. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome del genitore o del tutore)

nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ ( )  
(luogo) (prov)

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

codice fiscale del genitore o del tutore

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N.Tel. \_\_\_\_\_ N.Tel.Cellulare \_\_\_\_\_ N. Tel. Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

in qualità di  padre  madre  tutore

**CHIEDE**

di potere iscrivere il proprio figlio/a al Servizio di Refezione Scolastica per l'anno scolastico 2018/2019:

**1° figlio iscritto**

Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____
Residente a _____ Via _____
C.F. _____
Frequentante la Classe _____ Sezione _____ Scuola _____
Allergie e /o intolleranze alimentari _____
Appartenenza etnica _____
(allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire )

**2° figlio iscritto**

Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____
Residente a _____ Via _____
C.F. _____
Frequentante la Classe _____ Sezione _____ Scuola _____

Allergie e /o intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

Appartenenza etnica \_\_\_\_\_

(allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire )

### 3° figlio iscritto

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Frequentante la Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

Allergie e /o intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

Appartenenza etnica \_\_\_\_\_

(allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire )

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi**

### DICHIARA

di appartenere alla seguente fascia di reddito ISEE in quanto in possesso di tutti i requisiti richiesti

- |                          |                            |       |                 |           |    |       |                      |      |
|--------------------------|----------------------------|-------|-----------------|-----------|----|-------|----------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | 1^ fascia per redditi ISEE | da €. | 0 a €.          | 2.500,00  | €. | 35,00 | pari a 20 pasti da € | 1,75 |
| <input type="checkbox"/> | 2^ Fascia per redditi ISEE | da €. | 2.500,01 a €.   | 5.000,00  | €. | 41,00 | pari a 20 pasti da € | 2,05 |
| <input type="checkbox"/> | 3^ Fascia per redditi ISEE | da €. | 5.000,01 a €.   | 8.000,00  | €. | 48,00 | pari a 20 pasti da € | 2,40 |
| <input type="checkbox"/> | 4^ Fascia per redditi ISEE | da €. | 8.000,01 a €.   | 11.000,00 | €. | 56,00 | pari a 20 pasti da € | 2,80 |
| <input type="checkbox"/> | 5^ Fascia per redditi ISEE | da €. | 11.000,01 a €.  | 13.000,00 | €. | 65,00 | pari a 20 pasti da € | 3,25 |
| <input type="checkbox"/> | 6^ Fascia per redditi ISEE | da €. | 13.000,01 a €.  | 18.000,00 | €. | 75,00 | pari a 20 pasti da € | 3,75 |
| <input type="checkbox"/> | 7^ Fascia per redditi ISEE | da €. | 18.000,01 a €.  | 25.000,00 | €. | 80,00 | pari a 20 pasti da € | 4,00 |
| <input type="checkbox"/> | 8^ Fascia per redditi ISEE | da €. | 25.000,01 in su |           | €. | 85,00 | pari a 20 pasti da € | 4,25 |

di allegare Attestazione ISEE, in base ai nuovi criteri stabiliti dalla riforma prevista dall'Art. 5 del Decreto Legge N° 201/2001, in vigore dal 1° Gennaio 2015;

di allegare eventuale certificato medico e dieta speciale

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti degli art. 2 e 3 e 13 della legge 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

DATA FIRMA DEL GENITORE O TUTORE \_\_\_\_\_