



Comune di Mesagne

**DOMANDA DI ISCRIZIONE
AL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA – A.S. 2016-2017
(DA COMPILARE IN STAMPATELLO E LEGGIBILE)**

Determinazione delle tariffe
(Delibera di G.C. nr. 58 del 01.04.2016)

Comune di Mesagne Servizio Mensa Scolastica a.s. 2016/2017 Ticket Utenti		
FASCIE DI REDDITO		Ticket da corrispondere
1° Fascia	da € 0 a € 4.000	€ 1,50
2° Fascia	da € 4.001 a € 8.000	€ 2,00
3° Fascia	da € 8.001 a € 12.000	€ 2,50
4° Fascia	da € 12.001 a € 16.000	€ 3,00
5° Fascia	da € 16.001 a € 20.000	€ 3,50
6° Fascia	da € 20.001 in poi	€ 4,00

SI INFORMA

- che per il **1° figlio** viene corrisposto il ticket per intero (come da tabella sopraindicata);
- che dal **2° figlio – fratello/gemello**, l'abbattimento del ticket attribuito allo stesso è stabilito nella misura del 50%;

I SOTTOSCRITTI

Padre (Cognome Nome)

Nato a		Prov.	data di nascita
Codice fiscale (obbligatorio)			
Residente a:	alla via/c.da	n° civ.	Recapito telefonico

Madre (Cognome Nome)

Nata a		Prov.	data di nascita
Codice fiscale (obbligatorio)			
Residente a:	alla via/c.da	n° civ.	Recapito telefonico

CHIEDONO

L'accesso del/dei proprio-i al Servizio di Mensa Scolastica per l'anno 2016/2017

1. Figlio (Cognome e nome)

nato/a a:		il

che frequenterà la scuola: (indicare la scuola con una crocetta sul riquadro a sinistra)

I° CIRCOLO DIDATTICO		PRIMARIE	II° CIRCOLO DIDATTICO	
<input type="checkbox"/>	G.CARDUCCI	CLASSE	<input type="checkbox"/>	G.GIOVANNI XXIII°
<input type="checkbox"/>	P.BORSELLINO	CLASSE	<input type="checkbox"/>	G.FALCONE
<input type="checkbox"/>	E.DE AMICIS	CLASSE	<input type="checkbox"/>	C.ANDERSEN
<input type="checkbox"/>	DON MILANI	CLASSE	<input type="checkbox"/>	A.CAVALIERS
<input type="checkbox"/>	G.RODARI	CLASSE	<input type="checkbox"/>	M.MONTESSORI
			<input type="checkbox"/>	J.MIRO'
				CLASSE

L'alunno è intollerante o allergico ad alimenti ? -
Allegare obbligatoriamente certificato medico aggiornato

SI NO

L'alunno segue diete particolari per motivi religiosi ?

SI NO

.....
Firma del dichiarante

2. **Figlio** (Cognome e nome)

nato/a a: _____ il _____

che frequenterà la scuola: (indicare la scuola con una crocetta sul riquadro a sinistra)

I° CIRCOLO DIDATTICO			PRIMARIE	II° CIRCOLO DIDATTICO		
<input type="checkbox"/>	G.CARDUCCI	CLASSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G.GIOVANNI XXIII°	CLASSE
<input type="checkbox"/>	P.BORSELLINO	CLASSE		<input type="checkbox"/>	G.FALCONE	CLASSE
<input type="checkbox"/>	E.DE AMICIS	CLASSE	INFANZIA	<input type="checkbox"/>	C.ANDERSEN	CLASSE
<input type="checkbox"/>	DON MILANI	CLASSE		<input type="checkbox"/>	A.CAVALIERE	CLASSE
<input type="checkbox"/>	G.RODARI	CLASSE		<input type="checkbox"/>	M.MONTESSORI	CLASSE
				<input type="checkbox"/>	J.MIRO'	CLASSE

L'alunno è intollerante o allergico ad alimenti ? -

Allegare obbligatoriamente certificato medico aggiornato

SI NO

L'alunno segue diete particolari per motivi religiosi ?

SI NO

Firma del dichiarante

3. **Figlio** (Cognome e nome)

nato/a a: _____ il _____

che frequenterà la scuola: (indicare la scuola con una crocetta sul riquadro a sinistra)

I° CIRCOLO DIDATTICO			PRIMARIE	II° CIRCOLO DIDATTICO		
<input type="checkbox"/>	G.CARDUCCI	CLASSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G.GIOVANNI XXIII°	CLASSE
<input type="checkbox"/>	P.BORSELLINO	CLASSE		<input type="checkbox"/>	G.FALCONE	CLASSE
<input type="checkbox"/>	E.DE AMICIS	CLASSE	INFANZIA	<input type="checkbox"/>	C.ANDERSEN	CLASSE
<input type="checkbox"/>	DON MILANI	CLASSE		<input type="checkbox"/>	A.CAVALIERE	CLASSE
<input type="checkbox"/>	G.RODARI	CLASSE		<input type="checkbox"/>	M.MONTESSORI	CLASSE
				<input type="checkbox"/>	J.MIRO'	CLASSE

L'alunno è intollerante o allergico ad alimenti ? -

Allegare obbligatoriamente certificato medico aggiornato

SI NO

L'alunno segue diete particolari per motivi religiosi ?

SI NO

Firma del dichiarante

4. **Figlio** (Cognome e nome)

nato/a a: _____ il _____

che frequenterà la scuola: (indicare la scuola con una crocetta sul riquadro a sinistra)

I° CIRCOLO DIDATTICO			PRIMARIE	II° CIRCOLO DIDATTICO		
<input type="checkbox"/>	G.CARDUCCI	CLASSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G.GIOVANNI XXIII°	CLASSE
<input type="checkbox"/>	P.BORSELLINO	CLASSE		<input type="checkbox"/>	G.FALCONE	CLASSE
<input type="checkbox"/>	E.DE AMICIS	CLASSE	INFANZIA	<input type="checkbox"/>	C.ANDERSEN	CLASSE
<input type="checkbox"/>	DON MILANI	CLASSE		<input type="checkbox"/>	A.CAVALIERE	CLASSE
<input type="checkbox"/>	G.RODARI	CLASSE		<input type="checkbox"/>	M.MONTESSORI	CLASSE
				<input type="checkbox"/>	J.MIRO'	CLASSE

L'alunno è intollerante o allergico ad alimenti ? -

Allegare obbligatoriamente certificato medico aggiornato

SI NO

L'alunno segue diete particolari per motivi religiosi ?

SI NO

Firma del dichiarante

Con la presente richiede di **USUFRUIRE** delle fasce differenziate di contribuzione, allegando **obbligatoriamente** allo scopo **Mod. I.S.E.E. In corso di valutazione.**

Con la presente richiede di **NON USUFRUIRE** delle fasce differenziate di contribuzione, in quanto in possesso di **I.S.E.E. superiore ad € 20.001.**

DICHIARA

- di avere conoscenza che, nel caso di corresponsione dei benefici, si applica l'art. 4, comma2, del D.Lgs 31 marzo 199 n. 109, in materia di veridicità delle informazioni fornite;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- di aver preso visione ed accettato quanto disposto dal vigente Regolamento del Servizio Mensa Scolastica - approvato con Delibera. di Consiglio Comunale nr. 25/2011.

MESAGNE li _____

Firma _____

Spazio riservato all'Ufficio

Fascia _____

Tariffa € _____