



COMUNE DI MONTEGROTTO TERME

(PROVINCIA DI PADOVA)

35036 - Piazza Roma, 1 – Tel. 0498928711– Fax 0498928718

Da presentare a mano o via mail all'Ufficio Istruzione ENTRO IL 31 OTTOBRE 2023

RIDUZIONE PAGAMENTO RETTA SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA a.s. 2024-2025 SCUOLA VIVALDI

PER I RESIDENTI DEL COMUNE DI MONTEGROTTO

(Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a

DATI DEL GENITORE			
Cognome		Nome	
Codice fiscale			
Data nascita		Luogo nascita	
Indirizzo			
Telefono			
Indirizzo email			
<input type="radio"/> Madre dell'alunno/a		<input type="radio"/> Padre dell'alunno/a	<input type="radio"/> Tutore dell'alunno/a

DATI DELL'ALUNNO/A			
Cognome		Nome	
Indirizzo			
Data nascita		Luogo nascita	
Scuola			
Classe		Sezione	

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Ai fini dell'applicazione di riduzioni delle rette per Ristorazione scolastica

DICHIARA

di avere un indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) pari a euro _____
come risulta da modello allegato.

RICHIEDE

- riduzione del **30%** della tariffa (ISEE inferiore o pari a € 6.000,00)
 riduzione del **20%** della tariffa (ISEE compreso tra € 6.000,00 e € 8.500,00)
 riduzione del **40%** poiché l'utente è figlio terzogenito o successivo utilizzatore con gli altri fratelli del servizio mensa. A tal fine dichiara che i nominativi dei figli frequentanti sono:

DICHIARA INOLTRE

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 e GDPR n. 679/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allegare fotocopia del documento di identità del richiedente.

Data		Firma	
------	--	-------	--