

AL RESPONSABILE
UFFICIO SCUOLA
DEL COMUNE DI
SAN ROMANO IN GARFAGNANA

Domanda nucleo familiare con 4 o più figli
Richiesta riduzione del 50% del costo del servizio MENSA
presso la scuola dell'Infanzia e Primaria di San Romano in
Garfagnana

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Codice fiscale

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

residente a _____ Via/Piazza _____

n. _____ C.A.P. _____ Tel. _____

genitore dell'alunno/a

_____ **Scuola** _____ **classe e sez.** _____
(nome della scuola che frequenterà nell'anno scolastico 2015/2016)

_____ **Scuola** _____ **classe e sez.** _____
(nome della scuola che frequenterà nell'anno scolastico 2015/2016)

_____ **Scuola** _____ **classe e sez.** _____
(nome della scuola che frequenterà nell'anno scolastico 2015/2016)

_____ **Scuola** _____ **classe e sez.** _____
(nome della scuola che frequenterà nell'anno scolastico 2015/2016)

_____ **Scuola** _____ **classe e sez.** _____
(nome della scuola che frequenterà nell'anno scolastico 2015/2016)

_____ **Scuola** _____ **classe e sez.** _____
(nome della scuola che frequenterà nell'anno scolastico 2015/2016)

CHIEDE

La riduzione del 50% dal pagamento del Servizio Mensa per l'a.s. 2015/2016

per i seguenti figli :

_____ nato/a a _____ il _____

_____ nato/a a _____ il _____

_____ nato/a a _____ il _____

_____ nato/a a _____ il _____

_____ nato/a a _____ il _____

_____ nato/a a _____ il _____

A tal fine dichiara quanto segue :

1) Che il proprio nucleo familiare anagrafico è composto da :

nome/cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Parentela con dichiarante

2) Che il nucleo familiare come sopra riportato risiede nel Comune di San Romano in Garfagnana

3) Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ figli

4) Che n. _____ figli frequentano la scuola dell'infanzia e/o primaria di San Romano in Garfagnana e/o la scuola secondaria di primo grado di Camporgiano

6) Di impegnarsi, qualora venga concessa la riduzione del 50% dal pagamento del servizio mensa scolastica , a comunicare al competente ufficio , entro 10 giorni dal loro verificarsi, le variazioni intervenute nel proprio nucleo familiare che determinano il venire meno del diritto alla riduzione.

DICHIARA altresì di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre verranno eseguiti controlli anche a campione diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite .

DICHIARA, altresì, di essere consapevole che, in caso di dichiarazione non veritiera, è passibile di sanzioni penali ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000 oltre alla revoca dei benefici eventualmente percepiti.

DICHIARA, inoltre, di essere stato informato sul trattamento dei dati personali secondo quanto stabilito dall'art. 13 Lgs. n. 196 del 2003

Decreto Leg.vo n. 196 del 30.06.2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Art. 13 - I dati personali richiesti nel presente modulo saranno trattati unicamente al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi in corso e dei controlli previsti dalla legge. Le informazioni fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad Enti e/o soggetti pubblici nei limiti previsti da norme di legge o regolamenti, o quando ciò risulti necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali. I diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati personali sono quelli indicati nell'art. 7 del decreto sopra citato. Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di San Romano in Garfagnana; il Responsabile è il Sindaco Dott. Pier Romano Mariani – gli incaricati del trattamento sono gli operatori degli uffici comunali addetti alle istruttorie.

Data _____

Firma _____

