

# COMUNE DI MONTEGROTTO TERME

(PROVINCIA DI PADOVA)

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

*Allegato 4*

## RIDUZIONE PAGAMENTO RETTA SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA SCUOLA DELL'INFANZIA E SCUOLA PRIMARIA

**a.s. 2022-2023**

**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 **50%** della tariffa (ISEE inferiore o pari a € 6.000,00)  
 riduzione del **30%** 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	
------	--	-------	--

# COMUNE DI MONTEGROTTO TERME

(PROVINCIA DI PADOVA)

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

*Allegato 4*

## RIDUZIONE PAGAMENTO RETTA SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA

### SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

a.s. 2022-2023

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