

**Amministrazione destinataria**

Comune di Bresso

**Ufficio destinatario**

Ufficio Istruzione

**Domanda di iscrizione al servizio di mensa scolastica****anno scolastico** /**Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

**in qualità di**

Ruolo

- genitore  
 tutore  
 altro (specificare)

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

## CHIEDE

di iscrivere al servizio mensa per l'anno scolastico in corso i seguenti figli/minori appartenenti al proprio nucleo familiare

### **primo figlio**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Scuola	Classe	Sezione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Dieta speciale

dieta speciale sanitaria

**pertanto allega prescrizione medica relativa alle intolleranze/allergie/patologie**

dieta speciale etico-religiosa

Indicazione degli elementi da non somministrare (es. maiale, manzo, pollo, dieta vegana, dieta vegetariana ecc.)

nessuna dieta particolare

### **secondo figlio**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Scuola	Classe	Sezione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Dieta speciale

dieta speciale sanitaria

**pertanto allega prescrizione medica relativa alle intolleranze/allergie/patologie**

dieta speciale etico-religiosa

Indicazione degli elementi da non somministrare (es. maiale, manzo, pollo, dieta vegana, dieta vegetariana ecc.)

nessuna dieta particolare

### **terzo figlio**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Scuola	Classe	Sezione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Dieta speciale

dieta speciale sanitaria

**pertanto allega prescrizione medica relativa alle intolleranze/allergie/patologie**

dieta speciale etico-religiosa

Indicazione degli elementi da non somministrare (es. maiale, manzo, pollo, dieta vegana, dieta vegetariana ecc.)

nessuna dieta particolare

quarto figlio

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Scuola	Classe	Sezione	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Dieta speciale

dieta speciale sanitaria

**pertanto allega prescrizione medica relativa alle intolleranze/allergie/patologie**

dieta speciale etico-religiosa

Indicazione degli elementi da non somministrare (es. maiale, manzo, pollo, dieta vegana, dieta vegetariana ecc.)

nessuna dieta particolare

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

#### DICHIARA

di aver letto la scheda informativa "iscrizione servizi scolastici anno scolastico 2024/2025"

di possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

di avere diritto alla riduzione per reddito un reddito ISEE inferiore a € 16.000,00

**pertanto allega attestazione ISEE in corso di validità**

di non avere diritto alla riduzione per reddito un reddito ISEE inferiore a € 16.000,00

che nel proprio nucleo familiare è presente il seguente minore iscritto all'Asilo Nido Comunale di Bresso di sotto indicato

Cognome	Nome	Asilo Nido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### DICHIARA INOLTRE

di scegliere la seguente modalità di pagamento

PagoPA

addebito bancario SEPA, di conseguenza autorizzo il Comune di Bresso a trasmettere i riferimenti bancari alla ditta Vivenda SPA al solo scopo di attivare l'addebito continuativo sul conto corrente per il pagamento del servizio di refezione scolastica

### intestatarario del pagamento(\*)

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
Nome banca					IBAN					

(\*) l'intestatarario deve essere lo stesso soggetto che intende richiedere le eventuali agevolazioni fiscali/aziendali

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- attestazione ISEE in corso di validità
- prescrizione medica relativa alle intolleranze/allergie/patologie
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Bresso

Luogo

Data

il dichiarante