

Spazio per il protocollo

SCADENZA
ore 17:00
30 GIUGNO 2015

Al Comune di Monserrato
Servizio Pubblica Istruzione

ALLEGATO "A" - ISTANZA UNICA DI AMMISSIONE AI SERVIZI DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE: 1) REFEZIONE SCOLASTICA A.S. 2015/2016; - 2) ACCOGLIENZA PRE E/O POST SCOLASTICA A.S. 2015/2016;

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____, residente
a _____ in via/piazza _____ n° _____
CODICE FISCALE _____ Telefono _____
Cellulare _____ e-mail _____

in qualità di soggetto che esercita la potestà genitoriale

CHIEDE

di essere ammesso ad usufruire dei servizi erogati dal Comune di Monserrato per l'anno scolastico **2015/2016** in favore di n° _____ studenti appresso indicati:

STUDENTE n° 1: COGNOME _____ NOME _____
(indicare con una crocetta il beneficio da richiedere e compilare la SCHEDA STUDENTE allegata)

refezione scolastica a.s. 2015/2016
accoglienza pre e/o post scolastica a.s. 2015/2016

STUDENTE n° 2: COGNOME _____ NOME _____
(indicare con una crocetta il beneficio da richiedere e compilare la SCHEDA STUDENTE allegata)

refezione scolastica a.s. 2015/2016
accoglienza pre e/o post scolastica a.s. 2015/2016

STUDENTE n° 3: COGNOME _____ NOME _____
(indicare con una crocetta il servizio o beneficio da richiedere e compilare la SCHEDA STUDENTE allegata)

refezione scolastica a.s. 2015/2016
accoglienza pre e/o post scolastica a.s. 2015/2016

DICHIARA

di aver preso conoscenza dell'AVVISO di regolamentazione dei servizi richiesti, di essere a conoscenza che, si applica l'art.4, comma 2, del D.Lgs n°109/1998 e sm.i. in materia di controllo della veridicità delle informazioni fornite; di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, è passibile di sanzioni penali ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000, oltre alla revoca delle agevolazioni eventualmente percepite.

Monserrato, li _____ Firma del dichiarante _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art. 13 del D.Lgs. n°196/2003, ed autorizza il trattamento dei dati sensibili propri e degli altri componenti del nucleo familiare sui quali esercita la potestà genitoriale, ai sensi del D.Lgs n°196/2003.

Monserrato, li _____ Firma del dichiarante _____

COGNOME e NOME _____
nato a _____ il _____
CODICE FISCALE _____ residente in _____
In via/piazza _____ n° _____;

Il soggetto richiedente che esercita la potestà genitoriale **CHIEDE** di poter usufruire per il/la proprio/a figlio/a del servizio di:

I) REFEZIONE SCOLASTICA per l'A.S. 2015/2016

E a tal fine **DICHIARA** che:

➤ **Per l'anno scolastico 2015/2016 è iscritto alla:**

scuola dell'infanzia
scuola primaria **a tempo pieno**

Dell'Istituto Comprensivo Monserrato n. 1-2 "LA MARMORA" Classe _____ Sez. _____;

Plesso di Via _____;

➤ **È affetto da patologia e/o allergia e/o intolleranza alimentare:** SI NO

N.B.: in caso affermativo allegare all'istanza **pena non ammissione al servizio**, la certificazione medica attestante la patologia e/o allergia e/o intolleranza alimentare al fine di avviare la procedura per la vidimazione della dieta differenziata per patologia.

➤ **Ha diritto alla riduzione del 15% sulla tariffa corrispondente:** SI NO

N.B.: in caso affermativo allegare all'istanza **pena la non applicazione della riduzione**, la documentazione comprovante una delle condizioni elencate nell'AVVISO al **punto I)** che dà diritto ad una ulteriore agevolazione del 15% sulla tariffa;

➤ **Allega la seguente documentazione:**

(indicare con una crocetta la documentazione allegata)

- Fotocopia del documento d'identità del dichiarante in corso di validità;
- Attestazione I.S.E.E. rilasciata dopo il 01 Gennaio 2015;
- Certificazione medica attestante patologie, allergie e/o intolleranze alimentari che comportino la necessità di una dieta differenziata;
- Documentazione comprovante la condizione che dà diritto ad un'ulteriore agevolazione del 15% sulla tariffa;

Monserrato, li _____

Firma del dichiarante _____

COGNOME e NOME _____

nato a _____ il _____

CODICE FISCALE _____ residente in _____

In via/piazza _____ n° _____;

Il soggetto richiedente che esercita la potestà genitoriale **CHIEDE** di poter usufruire per il/la proprio/a figlio/a del servizio di:

2) ACCOGLIENZA PRE E POST SCOLASTICA per l'A.S 2015/2016

➤ secondo la seguente articolazione (contrassegnare la scelta):

PRE SCOLASTICA dalle ore 07:30 alle ore 08:30

POST SCOLASTICA dalle ore 13:30 alle ore 14:30

PRE E POST SCOLASTICA dalle ore 07:30 alle ore 08:30 e dalle ore 13:30 alle ore 14:30

E a tal fine **DICHIARA** che:

➤ Per l'anno scolastico **2015/2016** è iscritto/a:

PLESSI SCUOLA DELL'INFANZIA

Decio Mure SEZ. _____;

Capo D'orso SEZ. _____;

Monte Arqueri SEZ. _____;

Monte Linas SEZ. _____;

PLESSI SCUOLA PRIMARIA

Capo D'orso CLASSE _____ SEZ. _____;

Mario Vincis CLASSE _____ SEZ. _____;

Monte Linas CLASSE _____ SEZ. _____;

Tito Livio CLASSE _____ SEZ. _____;

➤ **Allega la seguente documentazione:**

(indicare con una crocetta la documentazione allegata)

- Fotocopia del documento d'identità del dichiarante in corso di validità;
- Attestazione I.S.E.E. rilasciata dopo il 01 Gennaio 2015;
- Attestazione di versamento;

Monserrato, li _____

Firma del dichiarante _____

COGNOME e NOME _____

nato a _____ il _____

CODICE FISCALE _____ residente in _____

In via/piazza _____ n° _____;

Il soggetto richiedente che esercita la potestà genitoriale **CHIEDE** di poter usufruire per il/la proprio/a figlio/a del servizio di:

I) REFEZIONE SCOLASTICA per l'A.S 2015/2016

E a tal fine **DICHIARA** che:

➤ **Per l'anno scolastico 2015/2016 è iscritto alla:**

scuola dell'infanzia
scuola primaria **a tempo pieno**

Dell'Istituto Comprensivo Monserrato n. 1-2 "LA MARMORA" Classe _____ Sez. _____;

Plesso di Via _____;

➤ **È affetto da patologia e/o allergia e/o intolleranza alimentare:** SI NO

N.B.: in caso affermativo allegare all'istanza **pena non ammissione al servizio**, la certificazione medica attestante la patologia e/o allergia e/o intolleranza alimentare al fine di avviare la procedura per la vidimazione della dieta differenziata per patologia.

➤ **Ha diritto alla riduzione del 15% sulla tariffa corrispondente:** SI NO

N.B.: in caso affermativo allegare all'istanza **pena la non applicazione della riduzione**, la documentazione comprovante una delle condizioni elencate nell'AVVISO al **punto I)** che da diritto ad una ulteriore agevolazione del 15% sulla tariffa;

➤ **Allega la seguente documentazione:**

(indicare con una crocetta la documentazione allegata)

- Fotocopia del documento d'identità del dichiarante in corso di validità;
- Attestazione I.S.E.E. rilasciata dopo il 01 Gennaio 2015;
- Certificazione medica attestante patologie, allergie e/o intolleranze alimentari che comportino la necessità di una dieta differenziata;
- Documentazione comprovante la condizione che da diritto ad un ulteriore agevolazione del 15% sulla tariffa;

Monserrato, li _____

Firma del dichiarante _____

COGNOME e NOME _____

nato a _____ il _____

CODICE FISCALE _____ residente in _____

In via/piazza _____ n° _____;

Il soggetto richiedente che esercita la potestà genitoriale **CHIEDE** di poter usufruire per il/la proprio/a figlio/a del servizio di:

2) ACCOGLIENZA PRE E POST SCOLASTICA per l'A.S. 2015/2016

➤ secondo la seguente articolazione (contrassegnare la scelta):

PRE SCOLASTICA dalle ore 07:30 alle ore 08:30

POST SCOLASTICA dalle ore 13:30 alle ore 14:30

PRE E POST SCOLASTICA dalle ore 07:30 alle ore 08:30 e dalle ore 13:30 alle ore 14:30

E a tal fine **DICHIARA** che:

➤ Per l'anno scolastico **2015/2016** è iscritto/a:

PLESSI SCUOLA DELL'INFANZIA

Decio Mure SEZ. _____;

Capo D'orso SEZ. _____;

Monte Arqueri SEZ. _____;

Monte Linas SEZ. _____;

PLESSI SCUOLA PRIMARIA

Capo D'orso CLASSE _____ SEZ. _____;

Mario Vincis CLASSE _____ SEZ. _____;

Monte Linas CLASSE _____ SEZ. _____;

Tito Livio CLASSE _____ SEZ. _____;

➤ **Allega la seguente documentazione:**

(indicare con una crocetta la documentazione allegata)

- Fotocopia del documento d'identità del dichiarante in corso di validità;
- Attestazione I.S.E.E. rilasciata dopo il 01 Gennaio 2015;
- Attestazione di versamento;

Monserrato, li _____

Firma del dichiarante _____

COGNOME e NOME _____

nato a _____ il _____

CODICE FISCALE _____ residente in _____

In via/piazza _____ n° _____;

Il soggetto richiedente che esercita la potestà genitoriale **CHIEDE** di poter usufruire per il/la proprio/a figlio/a del servizio di:

I) REFEZIONE SCOLASTICA per l'A.S. 2015/2016

E a tal fine **DICHIARA** che:

➤ **Per l'anno scolastico 2015/2016 è iscritto alla:**

scuola dell'infanzia
scuola primaria **a tempo pieno**

Dell'Istituto Comprensivo Monserrato n. 1-2 "LA MARMORA" Classe _____ Sez. _____;

Plesso di Via _____;

➤ **È affetto da patologia e/o allergia e/o intolleranza alimentare:** SI NO

N.B.: in caso affermativo allegare all'istanza **pena non ammissione al servizio**, la certificazione medica attestante la patologia e/o allergia e/o intolleranza alimentare al fine di avviare la procedura per la vidimazione della dieta differenziata per patologia.

➤ **Ha diritto alla riduzione del 15% sulla tariffa corrispondente:** SI NO

N.B.: in caso affermativo allegare all'istanza **pena la non applicazione della riduzione**, la documentazione comprovante una delle condizioni elencate nell'AVVISO al **punto I)** che da diritto ad una ulteriore agevolazione del 15% sulla tariffa;

➤ **Allega la seguente documentazione:**

(indicare con una crocetta la documentazione allegata)

- Fotocopia del documento d'identità del dichiarante in corso di validità;
- Attestazione I.S.E.E. rilasciata dopo il 01 Gennaio 2015;
- Certificazione medica attestante patologie, allergie e/o intolleranze alimentari che comportino la necessità di una dieta differenziata;
- Documentazione comprovante la condizione che da diritto ad un ulteriore agevolazione del 15% sulla tariffa;

Monserrato, li _____

Firma del dichiarante _____

COGNOME e NOME _____

nato a _____ il _____

CODICE FISCALE _____ residente in _____

In via/piazza _____ n° _____;

Il soggetto richiedente che esercita la potestà genitoriale **CHIEDE** di poter usufruire per il/la proprio/a figlio/a del servizio di:

2) ACCOGLIENZA PRE E POST SCOLASTICA per l'A.S 2015/2016

➤ secondo la seguente articolazione (contrassegnare la scelta):

PRE SCOLASTICA dalle ore 07:30 alle ore 08:30

POST SCOLASTICA dalle ore 13:30 alle ore 14:30

PRE E POST SCOLASTICA dalle ore 07:30 alle ore 08:30 e dalle ore 13:30 alle ore 14:30

E a tal fine **DICHIARA** che:

➤ Per l'anno scolastico **2015/2016** è iscritto/a:

PLESSI SCUOLA DELL'INFANZIA

Decio Mure SEZ. _____;

Capo D'orso SEZ. _____;

Monte Arqueri SEZ. _____;

Monte Linas SEZ. _____;

PLESSI SCUOLA PRIMARIA

Capo D'orso CLASSE _____ SEZ. _____;

Mario Vincis CLASSE _____ SEZ. _____;

Monte Linas CLASSE _____ SEZ. _____;

Tito Livio CLASSE _____ SEZ. _____;

➤ **Allega la seguente documentazione:**

(indicare con una crocetta la documentazione allegata)

- Fotocopia del documento d'identità del dichiarante in corso di validità;
- Attestazione I.S.E.E. rilasciata dopo il 01 Gennaio 2015;
- Attestazione di versamento;

Monserrato, li _____

Firma del dichiarante _____