



DOMANDA ISCRIZIONE AL SERVIZIO MENSA

Anno scolastico 2024/25

Il sottoscritto,

GENITORE	Cognome	
	nome	
	Nato a /il	
	Codice fiscale	
	Residente in	
	Via/piazza e n. civico	
	recapito telefonico	

	Indirizzo email	
--	-----------------	--

l'indirizzo indicato deve corrispondere a quello che verrà utilizzato per la registrazione al portale

nella sua qualità di genitore o tutore legale, **CHIEDE** l'iscrizione al servizio di mensa scolastica dell'alunno

FIGLIO	Cognome e nome	
	Luogo e data di nascita	
	Codice fiscale	
	SCUOLA/CLASSE/SEZIONE	

FIGLIO	Cognome e nome	
	Luogo e data di nascita	
	Codice fiscale	
	SCUOLA/CLASSE/SEZIONE	

DICHIARA di essere a conoscenza:

- ✓ che qualsiasi variazione dei dati dichiarati al momento dell'iscrizione e l'eventuale rinuncia al servizio richiesto, dovranno essere tempestivamente comunicati per iscritto al Comune;
- ✓ che per poter usufruire del servizio in oggetto occorre essere in regola con i pagamenti relativi agli anni scolastici precedenti relativamente sia al servizio mensa che al servizio di trasporto (per le iscrizioni successive al primo anno);
- ✓ che è prevista l'esenzione dal pagamento del servizio per gli utenti destinatari di Legge 104/92;
- ✓ che dal 7 gennaio 2022 è attivo il servizio mensa scolastica in formato digitale, pertanto l'acquisto dei buoni pasto mensa avverrà attraverso il portale dedicato raggiungibile all'indirizzo <https://tornimparte.melixmense.it/Login>

DICHIARA di appartenere alla fascia di reddito di seguito indicata:

FASCE	ISEE	COSTO SINGOLO PASTO	
FASCIA "A"	da 0 a 5.165,00	€ 2,30	<input type="checkbox"/>
FASCIA "B"	da € 5.165,00 a € 15.000,00	€ 2,60	<input type="checkbox"/>
FASCIA "C"	da € 15.000,01 a € 30.000,00	€ 2,90	<input type="checkbox"/>
FASCIA "D"	da € 30.000,01	€ 3,00	<input type="checkbox"/>

DICHIARA che ricorre il caso di esenzione totale spettante per la seguente motivazione: **Disabilità accertata L.104 art. 3 co. 3**
Per il/la proprio/a figlio/a _____

OBBLIGO di unire certificazione di Legge per l'invalidità rilasciata dall'organo competente ai sensi della **L. 104/1992 art. 3 comma 3**



A TAL PROPOSITO ALLEGA

- attestazione ISEE in corso di validità**
- documento di identità** in corso di validità del dichiarante ovvero genitore o persona avente potestà genitoriale;

DICHIARA inoltre che:

- NON RICORRE** alcuna situazione debitoria relativamente al pagamento della mensa scolastica per gli anni pregressi;
- Di essere a conoscenza** che le tariffe come sopra riportate potrebbero subire delle variazioni in adeguamento degli indici ISTAT, per improvvisa variazione del costo della materia prima, dei costi di produzione o del costo di manodopera, per improvvisa variazione dei costi all'origine, di seguito ad approvazione delle stesse da parte dell'organo competente

INTOLLERANZE/ALLERGIE

da compilarsi anche in caso di assenza di intolleranze/allergie certificate

Il sottoscritto Sig./Sig.ra _____

genitore dell'alunno/a _____ frequentante la scuola _____ classe ____ sez _____

DICHIARA

- che il proprio figlio/a NON PRESENTA** alcuna forma di intolleranza e/o allergia alimentare e/o altra patologia certificata di tipo cronico che necessiti di una dieta speciale;
- che il proprio figlio/a PRESENTA** una forma di intolleranza e/o allergia alimentare e/o altra patologia certificata di tipo cronico che necessiti di una dieta speciale;

(breve descrizione della patologia)

ALLEGA

- CERTIFICATO** medico rilasciato dalla competente struttura Asl che ne attesti la sussistenza;

INTOLLERANZE/ALLERGIE (nel caso di più figli)

da compilarsi anche in caso di assenza di intolleranze/allergie certificate

Il sottoscritto Sig./Sig.ra _____

genitore dell'alunno/a _____ frequentante la scuola _____ classe ____ sez _____

DICHIARA

- che il/la proprio/a figlio/a NON PRESENTA** alcuna forma di intolleranza e/o allergia alimentare e/o altra patologia certificata di tipo cronico che necessiti di una dieta speciale;
- che il/la proprio/a figlio/a PRESENTA** una forma di intolleranza e/o allergia alimentare e/o altra patologia certificata di tipo cronico che necessiti di una dieta speciale;

(breve descrizione della patologia)

Il Dichiarante

(apporre una firma per esteso in maniera chiara e leggibile)

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679, dichiara di essere stato informato sulla raccolta e il trattamento dei dati personali raccolti nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, nonché di essere eventualmente ricontattato in relazione alle attività di monitoraggio previste nell'ambito del Servizio di Refezione scolastica.

L'informativa estesa su questo trattamento è disponibile presso l'ufficio Finanziario del Comune di Tornimparte.

I dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del servizio, come previsto dal D. Lgs 196/2003.

Consenso

Il sottoscritto dichiara di esercitare la potestà genitoriale. Potranno essere effettuati tutti i controlli necessari su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati nella presente domanda, impegnandosi a produrre i documenti eventualmente richiesti nell'ambito di tali verifiche. Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità sopra indicate

Data _____

Il Dichiarante

(apporre una firma per esteso in maniera chiara e leggibile)