

Al Comune di RIVANAZZANO TERME

Il/la sottoscritto/a (genitore)..... nato a .....  
 il..... Cod. Fisc..... residente a ..... via .....  
 ..... n. .... Recapito telefonico:  
 ..... E-mail.....

**CONSAPEVOLE**

- *che le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e da leggi speciali in materia, oltre che con la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000) e che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, ai sensi dell'articolo 11 del DPCM n. 159 del 05/12/2013 e dell'art. 71 del citato DPR N. 445/2000;*
- *di quanto deliberato con gli atti normativi dall'Amministrazione Comunale in merito alla determinazione delle tariffe dei servizi scolastici;*
- *che in caso di mancato pagamento della tariffa si potrà procedere alla sospensione del servizio e comunque al recupero coattivo dei crediti secondo normativa vigente;*

**CHIEDE L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA 2017/2018 E L'APPLICAZIONE DI TARIFFA AGEVOLATA MENSA SCOLASTICA PER IL/I FIGLIO/A/I (SOLO PER RESIDENTI):**

**1)** Cognome.....Nome.....

Nato a..... il.....

frequentante nell'anno scolastico 2017-2018 la seguente scuola:

scuola di infanzia di Rivanazzano Terme sezione.....

scuola primaria di Rivanazzano Terme classe.....

scuola secondaria di primo grado di Rivanazzano Terme classe .....

**2)** Cognome.....Nome.....

Nato a..... il.....

frequentante nell'anno scolastico 2017-2018 la seguente scuola:

scuola di infanzia di Rivanazzano Terme sezione.....

scuola primaria di Rivanazzano Terme classe.....

scuola secondaria di primo grado di Rivanazzano Terme classe .....

**3)** Cognome.....Nome.....

Nato a..... il.....

frequentante nell'anno scolastico 2017-2018 la seguente scuola:

scuola di infanzia di Rivanazzano Terme sezione.....

scuola primaria di Rivanazzano Terme classe.....

scuola secondaria di primo grado di Rivanazzano Terme classe .....

**ED A TAL FINE RICHIEDE L'APPLICAZIONE DELLA SEGUENTE FASCIA ISEE:**

FASCE ISEE	VALORE ISEE	COSTO BUONO PASTO
<input type="checkbox"/> 1	0 ≤ ISEE ≤ 5.000 - SOLO RESIDENTI	€ 2,65
<input type="checkbox"/> 2	5.001 ≤ ISEE ≤ 10.000 - SOLO RESIDENTI	€ 3,65
<input type="checkbox"/> 3	10.001 ≤ ISEE ≤ 20.000 - SOLO RESIDENTI	€ 4,00
<input type="checkbox"/> 4	ISEE ≥ 20.001 - SOLO RESIDENTI	€ 4,30

# DICHIARA

di impegnarsi a comunicare al Comune qualsiasi variazione della propria situazione reddituale o familiare (composizione nucleo familiare, residenza, etc.).

Data .....

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore/tutore

## **ALLEGATI OBBLIGATORI:**

**1. FOTOCOPIA ATTESTAZIONE ISEE VALIDA PER L'ANNO 2017**

**2. AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA/STATO DI FAMIGLIA (ALLEGATO)**

**3. FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL SOTTOSCRITTORE**

## **Informativa di cui all'art. 13 del D L.gs 30 giugno 2003 n. 196**

In relazione alle informazioni personali che Lei potrà comunicarci, la informiamo che i suoi dati non saranno comunicati o diffusi a soggetti terzi e che il trattamento dei dati richiesti è funzionale all'istruttoria per il conferimento dei benefici. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale omissione dello stesso comporta l'impossibilità a proseguire la procedura amministrativa.

Data .....

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore/tutore

# AUTOCERTIFICAZIONE di RESIDENZA e STATO DI FAMIGLIA

(Art. 46 - lettera b) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a in \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in (1) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

## DICHIARA

di ESSERE RESIDENTE in RIVANAZZANO TERME (PV) in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

E CHE LA FAMIGLIA È COSÌ COMPOSTA:

1) il/la dichiarante

2) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

3) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

4) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

5) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

6) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

7) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

8) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(2) Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

(2) La firma non va autenticata, nè deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. Art. 74 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n. 445.