



**COMUNE DI SORDIO  
PROVINCIA DI LODI**

**MODULO ISCRIZIONE  
AI SERVIZIO MENSA A.S. 2022/2023**

**COMPILARE LA DOMANDA IN TUTTE LE SUE PARTI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
(nome e cognome del genitore pagante per certificazione 730)

C.F. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_  
(il numero di cellulare e l'indirizzo mail comunicati saranno gli unici che il sistema riconoscerà)

1) Genitore dell'alunno \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

C.F. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia G. Rodari	<input type="checkbox"/> Scuola Primaria C. Battisti
Classe e sezione: _____	Classe e sezione: _____

2) Genitore dell'alunno \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

C.F. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia G. Rodari	<input type="checkbox"/> Scuola Primaria C. Battisti
Classe e sezione: _____	Classe e sezione: _____

3) Genitore dell'alunno \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

C.F. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia G. Rodari	<input type="checkbox"/> Scuola Primaria C. Battisti
Classe e sezione: _____	Classe e sezione: _____



**COMUNE DI SORDIO  
PROVINCIA DI LODI**

barrare con una crocetta la/e casella/e che interessano:

<b>NECESSITÀ DI UNA DIETA SPECIALE:</b> <input type="checkbox"/> <b>SI (Compilare l'allagato (A) e allegare alla presente certificato del medico curante aggiornato).</b> <input type="checkbox"/> <b>NO.</b> <b>NECESSITÀ DI UNA DIETA PER MOTIVI ETICO RELIGIOSI:</b> <input type="checkbox"/> <b>SI (compilare l'allegato (B))</b> <input type="checkbox"/> <b>NO;</b>
--

- Il proprio reddito ai fini ISEE è superiore a € 10.501,00 e non intende presentare la dichiarazione ISEE.
- Non presenta l'ISEE perché residente in altro Comune.
- Ha diritto all'esenzione perché il suo reddito è di ..... (ISEE 2021)
- Non presentando la dichiarazione ISEE, ha diritto alla riduzione del 30% sulla tariffa corrispondente in quanto secondo figlio o più.

**Solo gli utenti residenti potranno presentare la dichiarazione ISEE in corso di validità.**

**Il costo del pasto per i non residenti è di € 4,35.**

Gli scaglioni di reddito ISEE che daranno diritto alle relative agevolazioni a carico dell'utenza sul costo del servizio sono i seguenti:

FASCE - ISEE	REDDITO IN EURO	PERCENTUALE A CARICO DELL'UTENZA SUL COSTO DEL SERVIZIO
Fascia "A"	Fino a € 5.500 compreso	31.20% = 1,36
Fascia "B"	Da € 5.501 a € 8.000 compreso	57,20% = 2,49
Fascia "C"	Da € 8.001 a € 10.500 compreso	83% = 3,61
Fascia "D"	Oltre 10.501	100% = 4,35

**DICHIARA**

di essere stato/a messo/a a conoscenza che si applica l'art. 4 c. 2 del D.Lgs. n. 109/1998 e s.i.m. in materia di controllo della veridicità delle dichiarazioni e di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere è passibile di sanzione ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, oltre alla revoca delle eventuali agevolazioni percepite;

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 del proprio nucleo familiare e sui quali esercita la potestà genitoriale, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003;

Firma del dichiarante

Sordio, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**COMUNE DI SORDIO  
PROVINCIA DI LODI**

**ALLEGATO (A)  
RICHIESTA DIETA SPECIALE**

Il /la  
sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore

Del minore \_\_\_\_\_

Del minore \_\_\_\_\_

Del minore \_\_\_\_\_

Del minore \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

A codesto Servizio che al/i proprio/i figlio/a/i venga somministrata la dieta speciale in quanto affetto da:

**Intolleranza alimentare**

(si allega certificato medico in originale con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere)

**Allergia alimentare**

(si allega certificato medico in originale con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere)

**ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO AGGIORNATO ALL'ANNO 2022.**

Distinti saluti,

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196**

I dati personali che Lei comunicherà a questo Servizio saranno utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi e saranno trattati anche con mezzi informatici protetti. Si rende noto che le informazioni da Lei fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad Enti e/o soggetti Pubblici nei limiti previsti da norme di legge o regolamenti, o quando ciò risulti necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali.

**FIRMA**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**COMUNE DI SORDIO  
PROVINCIA DI LODI**

**ALLEGATO (B)  
RICHIESTA DIETA SPECIALE**

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore

Del minore \_\_\_\_\_

Del minore \_\_\_\_\_

Del minore \_\_\_\_\_

Del minore \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

A codesto Servizio che al/i proprio/i figlio/a/i venga somministrata la seguente dieta:

- Dieta priva di carne maiale e derivati.**
- Dieta priva di carne mucca e derivati.**
- Dieta priva di ogni genere di carne.**
- Dieta priva di ogni genere di carne e pesce.**

Distinti saluti,

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196**

I dati personali che Lei comunicherà a questo Servizio saranno utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi e saranno trattati anche con mezzi informatici protetti. Si rende noto che le informazioni da Lei fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad Enti e/o soggetti Pubblici nei limiti previsti da norme di legge o regolamenti, o quando ciò risulti necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali.

**FIRMA**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_