



**COMUNE DI SORDIO  
PROVINCIA DI LODI**

**MODULO 1**

**ISCRIZIONE AL SERVIZIO  
MENSA SCOLASTICA A.S. 2021/2022**

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 per la disdetta pasti con l'SMS e per il ricevimento delle fatture e delle comunicazioni)**

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: _____	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: _____	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: _____	Classe e sezione: _____



**COMUNE DI SORDIO  
PROVINCIA DI LODI**

**Richiede il servizio di mensa scolastica.**

**NECESSITA DI UNA DIETA SPECIALE:**

SI (Compilare l'allagato (A)- allegare alla presente certificato del medico curante aggiornato).

NO.

**NECESSITÀ DI UNA DIETA PER MOTIVI ETICO RELIGIOSI:**

SI (compilare l'allegato (B));

NO;

Ha diritto all'esenzione perché il suo reddito ISEE è di ..... (ISEE 2021), che ripresenterà aggiornato entro e non oltre fine febbraio 2022.

Non presenta l'ISEE perché residente in altro Comune.

**N.B. Chi non presenta la dichiarazione ISEE, nel caso di secondo figlio o più ha diritto alla riduzione del 30% sulla tariffa corrispondente.**

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

**IL PAGAMENTO DEL SERVIZIO MENSA 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)

**ALLEGA CERTIFICATO MEDICO AGGIORNATO ALL'ANNO 2021 (OBBLIGATORIO AD ESCLUSIONE DELLE CONDIZIONI PERMANENTI ES. CELIACHIA).**

**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 \_\_\_\_\_



**COMUNE DI SORDIO  
PROVINCIA DI LODI**

**MODULO 2**

**ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI PRE POST SCUOLA  
A.S. 2021/2022**

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 per il ricevimento delle fatture e delle comunicazioni)**

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

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

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

<input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia G. Rodari Classe: _____ Se primo anno, indicare data inserimento: _____	<input type="checkbox"/> Scuola Primaria C. Battisti 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 Classe: _____ Se primo anno, indicare data inserimento: _____	<input type="checkbox"/> Scuola Primaria C. Battisti 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 Classe: _____ Se primo anno, indicare data inserimento: _____	<input type="checkbox"/> Scuola Primaria C. Battisti Classe e sezione: _____
--	---



**COMUNE DI SORDIO  
PROVINCIA DI LODI**

**ISCRIZIONE SERVIZIO PRE POST SCUOLA A.S. 2021/2022**

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

**PRE e/o POST SCUOLA**

- PRE SCUOLA (da lunedì a venerdì 7.30 – 8.30)
- POST SCUOLA (da lunedì a venerdì 16.00 – 18.30)
- PRE E POST SCUOLA (da lunedì a venerdì 7.30 – 8.30 - 16.00 – 18.30)

**LE QUOTE PER L'ANNO SCOLASTICO 2021/2022 SONO:**

PRE SCUOLA	POST SCUOLA	PRE e POST SCUOLA
€ 180,00;	€ 280,00;	€ 450,00;

Solo gli utenti residenti potranno presentare la dichiarazione ISEE in corso di validità. 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	30%
Fascia "B"	Da € 5.501 a € 8.000 compreso	50%
Fascia "C"	Da € 8.001 a € 10.500 compreso	50%
Fascia "D"	Oltre € 10.501	100%

**N.B. Chi non presenta la dichiarazione ISEE, SOLO PER GLI UTENTI RESIDENTI, nel caso di secondo figlio o più ha diritto alla riduzione del 30% sulla tariffa corrispondente.**

**IMPEGNANDOSI AL PAGAMENTO** al pagamento della somma dovuta pari a

€ \_\_\_\_\_ relativa al servizio di:

- PRE SCUOLA € 180,00     POST SCUOLA € 280,00     PRE E POST SCUOLA € 450,00

Secondo le seguenti modalità (barrare con una crocetta la/e casella/e che interessano):

- Pagamento in unica soluzione **al momento dell'iscrizione**
- Pagamento in due rate: **1° rata al momento dell'iscrizione - 2° rata entro 7 gennaio 2022**

La domanda e la copia del pagamento andrà inviata al seguente indirizzo e-mail:  
[susy.bonardi@comune.sordio.lo.it](mailto:susy.bonardi@comune.sordio.lo.it).

**IL MANCATO PAGAMENTO ENTRO LE SCADENZE STABILITE PRECLUDERÀ  
L'ESCLUSIONE DAL SERVIZIO.**

**Firma del dichiarante**

Lì \_\_\_\_\_