



COMUNE DI CASARZA LIGURE

Città Metropolitana di Genova
Casarza Ligure C.A.P. 16030 - P/zza A.Moro,16
Telefono n. 018546981 - FAX n. 018546236
Cod.Fisc. 00465640100 - P. IVA 00169010998

Al Comune di Casarza Ligure
Ufficio Servizi Sociali
Piazza A.Moro 16
Tel.0185469852-35

DOMANDA DI AGEVOLAZIONI PER SERVIZI SCOLASTICI

MENSA a.s.2024/2025

IL/LA SOTTOSCRITTO/A	
nato/a	il
residente a Casarza Ligure in	Via/Piazza
codice fiscale	cittadinanza
cell.	mail

Nella sua qualità di GENITORE ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE

Rivolge domanda al fine di ottenere a favore di (compilare UNA TABELLA PER CIASCUN FIGLIO per cui si chiede l'agevolazione):

COGNOME e NOME ALUNNO/A _____

Codice fiscale _____ nato a _____ il _____

Frequenterà nell'A.S. 2024/2025 la scuola :

primaria di primo grado (elementari) – classe _____ sezione _____

secondaria di primo grado (medie) – classe _____ sezione _____

secondaria di secondo grado (superiori) – classe _____ sezione _____

Costo pasto € _____ x n. _____ rientri settimanali _____

DICHIARA ai fini dell'applicazione della tariffa agevolata per il servizio di refezione scolastica l'A.S.2024/2025 di aver un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) di € _____

- **Da allegare** alla domanda: **fotocopia carta identità** in corso di validità e **fotocopia attestazione ISEE**

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 496 del Codice Penale in caso di dichiarazione mendace, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/28.12.2000, dichiara quanto sopra riportato.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.lgs 30 giugno 2004, n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____