

SCUOLA DELL'INFANZIA

Modulo iscrizione refezione scolastica Anno 2026/2027

Dichiarazione sostitutiva

(art.46 D.PR. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome del genitore o del tutore)

nato a _____ (____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (____)
(luogo) (prov.)

in Via _____ n. _____
(indirizzo)

codice fiscale del genitore o del tutore

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N.Tel. _____ N.Tel.Cellulare _____ N. Tel. Cellulare _____

E-mail _____

in qualità di ☐ padre ☐ madre ☐ tutore

CHIEDE

di potere iscrivere il proprio figlio/a al Servizio di Refezione Scolastica per l'a. s. 2026/2027:

1° figlio iscritto

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ Via _____

C.F. _____

Frequentante la Classe _____ Sezione _____ Scuola _____

Allergie e /o intolleranze alimentari _____

(allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire)

2° figlio iscritto

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ Via _____

C.F. _____

Frequentante la Classe _____ Sezione _____ Scuola _____

Allergie e /o intolleranze alimentari _____

(allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire)

3° figlio iscritto

Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____
Residente a _____ Via _____
C.F. _____
Frequentante la Classe _____ Sezione _____ Scuola _____
Allergie e /o intolleranze alimentari _____
(allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire)

FASCIA	ISEE	TARIFFA
SCUOLA DELL'INFANZIA		
FASCIA A	A fino a € 7.999,00	€ 1,60
FASCIA B	da € 8.000,00 a € 13.300,00	€ 1,90
FASCIA C	oltre € 13.301,00	€ 2,20

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

D I C H I A R A

☐ di aver preso visione dei criteri di accesso, gestione e quote a carico dei cittadini;
☐ di allegare eventuale certificato medico e dieta speciale
☐ di appartenere alla seguente fascia in quanto in possesso di tutti i requisiti richiesti: (barrare la casella)
☐ FASCIA A costo unitario pasto € 1,60;
☐ FASCIA B costo unitario pasto € 1,90;
☐ FASCIA C costo unitario pasto € 2,20;
☐ Esenzione totale € 0,00 per gli alunni diversamente abili in situazione di gravità, accertata e certificata dal competente Ufficio Sanitario dell'A.S.L - alunni appartenenti a famiglie in grave stato di disagio socio-economico certificato dai servizi sociali del Comune di Avella.
☐ di allegare fotocopia del documento di riconoscimento valido di chi ha firmato – dichiarazione ISEE in corso di validità.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (“GDPR” o “Regolamento”) in merito al trattamento dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA FIRMA DEL GENITORE O TUTORE _____