MODULO DI DOMANDA

**PER GLI STUDENTI DELLA SCUOLA DELL’OBBLIGO RESIDENTI NEL COMUNE DI SILLANO GIUNCUGNANO PER L’ESENZIONE O RIDUZIONE DAL PAGAMENTO DEL SERVIZIO MENSA E TRASPORTO.**

*( Barrare la casella relativa al contributo che interessa. Gli interventi sono cumulabili).*

|  |
| --- |
| *RICHIESTA DI ESONERO PAGAMENTO DEGLI STUDENTI DELLA SCUOLA DELL’OBBLIGO*    ***A SERVIZIO MENSA***  ***B SERVIZIO TRASPORTO*** |

Al Sindaco del Comune di Sillano Giuncugnano

Via Roma n. 12

55039 Sillano Giuncugnano

Lucca

( COMPILARE IL STAMPATELLO)

GENERALITA’ DELLO STUDENTE

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOME |  |

|  |  |
| --- | --- |
| SCUOLA E CLASSE  Frequentata nell’anno scolastico 2018/2019 |  |

**IL PRESENTE MODELLO UNA VOLTA COMPILATO DEVE ESSERE CONSEGNATO ENTRO E NON OLTRE LE ORE12,00 DEL 13.09.2018**

GENERALITA’ DEL RICHIEDENTE

( il genitore e chi esercita la potestà genitoriale che riscuote il contributo eventualmente erogato)

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOME |  |

CODICE FISCALE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Utilizzare una singola casella per ciascuna lettera o cifra.

RESIDENZA ANAGRAFICA: COMUNE SILLANO GIUNCUGNANO

|  |  |
| --- | --- |
| VIA/PIAZZA | CAP |
| TELEFONO |  |

INDIRIZZO DOVE INVIARE LA CORRISPONDENZA ( se diverso dalla residenza)

|  |  |
| --- | --- |
| VIA/PIAZZA | N/ CAP |
| COMUNE | PROVINCIA |
| TELEFONO |  |

IL RICHIEDENTE ALLEGA CERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL CALCOLO DELL’INDICATORE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA EQUIVALENTE, (ISEE) COME PREVISTO DALL’ART. 3 DEL DPCM N. 106/2001 E IN ATTUAZIONE DEL D.LGS. N. 109/98 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI.

Dichiara di essere a conoscenza che, nel caso di corresponsione dei benefici, si applica l’art. 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 109 e successive modifiche ed integrazioni in materia di controllo della veridicità delle informazioni fornite.

Dichiara altresì di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, è passibile di sanzioni penali ai sensi del DPR 445/2000, oltre alla revoca dei benefici eventualmente percepiti.

Dichiara di essere stato informato sul trattamento dei dati personali ai sensi Regolamento Europeo 679/2016.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Richiedente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_