****

**CITTA’ DI TITO**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI MENSA SCOLASTICA**

**ANNO SCOLASTICO 2020/2021**

(il presente modello va compilato in ogni sua parte)

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell.(per usufruire del serv. SMS)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Richiede l’ iscrizione al servizio di refezione scolastica nell’anno 2020/2021 per i figli di seguito indicati:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | | | **Nome** | |
|  | | |  | |
| **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | | **Codice Fiscale** | |
|  |  | |  | |
| **Ordine Scolastico** | | **Classe** | | **Sezione** |
| * **Scuola dell’ Infanzia Tito** | |  | |  |
| * **Scuola dell’ Infanzia Tito Scalo** | |  | |  |
| * **Scuola Primaria Tito** | |  | |  |
| * **Scuola Secondaria di Primo Grado** | |  | |  |
| **nei seguenti giorni**  **Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì**  **Eventuali allergie alimentari (es: celiachia, intolleranza al lattosio, ecc..):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **N.B. Allegare il certificato medico** | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | | | **Nome** | |
|  | | |  | |
| **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | | **Codice Fiscale** | |
|  |  | |  | |
| **Ordine Scolastico** | | **Classe** | | **Sezione** |
| * **Scuola dell’ Infanzia Tito** | |  | |  |
| * **Scuola dell’ Infanzia Tito Scalo** | |  | |  |
| * **Scuola Primaria Tito** | |  | |  |
| * **Scuola Secondaria di Primo Grado** | |  | |  |
| **nei seguenti giorni**  **Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì**  **Eventuali allergie alimentari (es: celiachia, intolleranza al lattosio, ecc..):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **N.B. Allegare il certificato medico** | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | | | **Nome** | |
|  | | |  | |
| **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | | **Codice Fiscale** | |
|  |  | |  | |
| **Ordine Scolastico** | | **Classe** | | **Sezione** |
| * **Scuola dell’ Infanzia Tito** | |  | |  |
| * **Scuola dell’ Infanzia Tito Scalo** | |  | |  |
| * **Scuola Primaria Tito** | |  | |  |
| * **Scuola Secondaria di Primo Grado** | |  | |  |
| **nei seguenti giorni**  **Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì**  **Eventuali allergie alimentari (es: celiachia, intolleranza al lattosio, ecc..):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **N.B. Allegare il certificato medico** | | | | |

*Per gli iscritti ai primi anni scolastici di ogni ordine e grado scolastico indicare “NUOVO ISCRITTO” nella casella “Sezione”. Sarà cura dell’ufficio comunale inserire la sezione non appena verrà comunicata dall’Istituto Scolastico.*

Il mancato pagamento delle quote dovute, calcolate in base all’indicatore I.S.E.E. e riportate nel modello allegato, darà luogo, all’attivazione delle procedure previste dalla vigente normativa per il recupero coattivo del credito, consistenti in un primo provvedimento ingiuntivo ed eventuale successiva iscrizione dello stesso nei ruoli delle tasse.

Ai fini della determinazione della quota di partecipazione, allega alla presente:

1. Attestazione ISEE in corso di validità.

2.Fotocopia documento d’identità

Con la firma in calce alla presente domanda, l’utente accetta tutte le condizioni poste dall’Amministrazione che sono riportate all’interno del modelli.

Il servizio sarà organizzato dagli uffici comunicali, in collaborazione con la ditta appaltatrice, nel pieno rispetto delle nome vigenti in materia di contrasto al contagio da COVID-19.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

Il sottoscritto, inoltre autorizza il Comune di Tito a trattare i dati personali inseriti nel presente modulo e/o in documenti allegati ai fini della individuazione della fascia di contribuzione per il servizio di refezione scolastica e trasporto anche mediante il coinvolgimento di persone o società.

**I – MODALITA’ DI RICHIESTA E DI FRUIZIONE DEL SERVIZIO**

• L’istanza di fruizione del servizio, redatta su modello fornito dall’Ente, corredata dalla attestazione ISEE in corso di validità col nuovo sistema di calcolo e dalla fotocopia del documento d’identità, deve essere presentata, a cura dell’utente interessato, presso l’ufficio protocollo dell’Ente.

• La presentazione della certificazione ISEE è obbligatoria per gli utenti al fine di poter correttamente individuare la tariffa da applicare.

• L’utente che non presenta la certificazione ISEE verrà collocato d’ufficio ed irrevocabilmente nella fascia massima di contribuzione.

Per la corretta compilazione della dichiarazione sostitutiva unica (allegata alla domanda) e per il rilascio dellacertificazione ISEE l’utente può avvalersi dell’assistenza dei Centri di Assistenza Fiscale (CAAF) presenti sul territorio o della sede Inps di Potenza.

L’indice della situazione economica equivalente sarà calcolato in base ai dati rilevati dal modello di dichiarazione unica allegato alla domanda di fruizione del servizio.

Possono essere richiesti menù personalizzati per motivi di salute / religiosi compilando l’apposito modello da richiedere al comune, corredato della documentazione richiesta**(attestazione medica per allergia alimentare).**

**II – DETERMINAZIONE QUOTE DI CONTRIBUZIONE**

L’Ufficio determinerà per ogni utente, al momento della presentazione della domanda e della certificazione ISEE, la fascia di contribuzione e la tariffa dovuta per singolo pasto.

La determinazione delle condizioni, in presenza delle quali si procederà all’applicazione delle relative quote di contribuzione a carico dell’utente, sarà effettuata, sulla base dell’indicatore della situazione economica equivalente

del nucleo familiare (ISEE), secondo quanto disposto dal decreto legislativo n. 109 del 31 marzo 1998e successive modificazioni.

**III - FASCE DI CONTRIBUZIONE E TARIFFE APPLICATE PER LE SCUOLE MATERNE-ELEMENTARI – SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

Le fasce di contribuzione e le tariffe stabilite per l’anno scolastico 2020-2021 sono quelle espresse nel seguente schema e determinate con deliberazione della Giunta Comunale n.15 del 06.02.2020.

**IV - DOCUMENTAZIONE ED ACCERTAMENTI**

Alla istanza di fruizione del servizio di mensa scolastica deve essere allegata l’attestazione ISEE in corso di validità;

1) Per le verifiche delle situazioni patrimoniali e reddituali dei richiedenti le agevolazioni, il Comune si avvarrà altresì dei dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze, anche attraverso la stipuladi un’apposita convenzione ai sensi dell’art. 4 del D.Lgs. 109/98.

2) Qualora, sulla base degli accertamenti effettuati emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l’attivazione delle necessarie procedure di legge, il competente settore dell’Ente adotterà ogni misura utile alla revoca dei benefici concessi e al recupero delle somme oggetto di agevolazione.

3)Al cittadino è fatto obbligo comunicare eventuali cambi di residenza.

La Responsabile del Servizio

Dott.ssaGaetana BUONANSEGNA

**TARIFFE MENSA SCOLASTICA (costo giornaliero buono pasto)**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I.S.E.E.- NUMERO FIGLI** | **1** | **2** | **3** |
| **Da 0,00 a € 5.200,00** | ESONERO | ESONERO | ESONERO |
| **Da € 5.200,01 a € 7.500,00** | 2,00 € | 3,50 € | 4,00 € |
| **Da 7.500,01 a € 15.000,00** | 2,50 € | 4,50 € | 5,00 € |
| **Da 15.000,01 a € 25.000,00** | 3,00 € | 5,00 € | 6,00 € |
| **Superiore a 25.000,00 €** | 4,30 € | 7,50 € | 9,00 € |

* Per gli utenti affetti da gravi patologie invalidanti, previa presentazione di apposita certificazione medica, potrà essere riconosciuto l’esonero dal pagamento del buono pasto.
* Eventuali situazioni di particolare disagio economico saranno valutate su idonea relazione dell’assistente sociale e a seguito dei necessari controlli fiscali.
* Si precisa che il servizio sarà erogato nel pieno rispetto di tutte le norme vigenti per il contrasto del contagio da Covid-19.