



# CITTA' DI SALA CONSILINA

( Provincia di Salerno )

Via Mezzacapo , n. 44 - c.a.p. 84036

sito istituzionale <http://www.salaconsilina.gov.it> - p.e.c. [protocollo.salaconsilina@asmepec.it](mailto:protocollo.salaconsilina@asmepec.it)  
centralino Tel. 0975 525211 - Fax 0975 525268 - Partita IVA 00502010655

**Allegato A)**

**OGGETTO : Domanda per l'esenzione dal ticket mensa scolastica a.s. 2018/2019.**

**Al Comune di Sala Consilina  
Via G.Mezzacapo,n.44  
SALA CONSILINA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) residente in \_\_\_\_\_  
alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ , C.F. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ esercente la potestà sul/sui minore/ minori :

Nome e Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Istituto scolastico	Classe e sezione

## **CHIEDE**

l'esenzione del ticket della mensa scolastica per l'anno scolastico **2018/2019**

### **DICHIARA (*barrare esclusivamente le voci interessate*)**

- di trovarsi in condizioni di disagio socio-economico con un reddito complessivo netto annuo del nucleo familiare di euro \_\_\_\_\_ come da attestazione ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) in corso di validità
- di essere famiglia numerosa con 3 figli che fruiscono del servizio refezione scolastica
- di essere famiglia numerosa con 2 figli che fruiscono del servizio refezione scolastica
- di essere nucleo monogenitoriale

## **ALLEGA**

- fotocopia del documento di riconoscimento: \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- certificato ISEE in corso di validità relativo al reddito complessivo netto annuo del NUCLEO FAMILIARE non superiore ad €3.000,00;

- dichiarazione sostitutiva, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n.445/2000 , nella quale si attestano e si quantificano le fonti e mezzi dai quali il nucleo familiare trae sostentamento, accettando, come atto consequenziale, l'applicazione del D.Lgs.n. 109/98 e s.m.i. in materia di attivazione della procedura di controllo sulla veridicità delle informazioni fornite **(solo in caso di attestazione ISEE pari a zero)**
- copia della certificazione da parte della ASL di appartenenza attestante la condizione di disabilità ai sensi della legge n.104/1992 **(solo in caso di alunno diversamente abile)**

Il/La sottoscritto/a, in riferimento al trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda, esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al Reg UE 2016/679 ed al Dlgs n.196/2003 e ss.mm.ii.

Sala Consilina li \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_