

# **RICHIESTA DI FRUIZIONE DEL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA**

*(dichiarazioni sostitutive di certificazione e atti di notorietà ai sensi degli artt. 5, 46, 47 D.P.R. 445/2000)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ ABITANTE a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

RESIDENZA ANAGRAFICA \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

*(specificare solo se diversa dal luogo di abitazione)*

in qualità di \_\_\_\_\_

## **C H I E D E**

**di usufruire del servizio di refezione per l'anno scolastico 2022/2023**

a) a favore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

b) a favore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

c) a favore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante/i la Scuola dell'**INFANZIA Statale di PELLALEPRE**

*consapevole, ai sensi degli artt. 71 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite,*

## **C H I E D E i n o l t r e**

- di poter usufruire di dieta speciale per motivi di salute o motivi etici o religiosi, compilando l'apposito modello rilasciato dall'Ufficio Servizi Scolastici;
- (per i soli residenti) l'esenzione dal pagamento per utente con disabilità allegando copia della Certificazione rilasciata dall'ASST;
- (solo per i residenti) la riduzione del pagamento in relazione all'ISEE del proprio nucleo familiare e/o per le presenze concomitanti dei fratelli iscritti nello stesso plesso e/o presso plessi diversi con frequenza scolastica a tempo pieno e con mensa obbligatoria;

## **S I I M P E G N A**

1. a corrispondere **posticipatamente e a conguaglio** le quote determinate dall'Amministrazione Comunale: **PRIMA RATA dal 20/01 al 31/01/2023** per i pasti effettivamente fruiti nei mesi di settembre, ottobre, novembre e dicembre 2022; **SECONDA RATA dal 20/04 al 30/04/2023** per i pasti effettivamente fruiti nei mesi di gennaio, febbraio e marzo 2023; **TERZA RATA di CONGUAGLIO dal 20/07 al 30/07/2023** per i pasti effettivamente fruiti nei mesi di aprile, maggio e giugno 2023, secondo le modalità di seguito riportate:

**RESIDENTI = 1 figlio € 5,00 - 2 figli € 7,85 - 3 o più figli € 10,00**

**NON RESIDENTI = € 5,47**

- direttamente presso il Comune di Darfo Boario Terme – Servizi Scolastici e Sociali – piano I°, tramite POS - BANCOMAT;
- su portale PagoPA di Regione Lombardia <https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/home.html>, in “Cerca Ente” digitare Comune di Darfo Boario Terme. Info su [www.comune.darfoboarioterme.bs.it](http://www.comune.darfoboarioterme.bs.it);

- con pagamento entro le scadenze sopra indicate, attraverso bonifico bancario - Tesoreria Comunale - UBI Banca S.p.A. - IBAN: IT57 M031 1154 4410 0000 0018 878;
2. ad accettare l'eventuale emanazione di provvedimenti amministrativi di recupero coattivo delle somme dovute in caso di inadempimento del pagamento.

### D I C H I A R A

1. (solo per residenti richiedenti l'esenzione o la riduzione del pagamento) che l'ISEE del proprio nucleo familiare in corso di validità è pari ad € \_\_\_\_\_, come da attestazione n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
2. di essere a conoscenza delle modalità regolanti il servizio;
3. che l'eventuale rinuncia al servizio, così come la modifica dei dati dichiarati nella presente richiesta, saranno comunicate tempestivamente e per iscritto all'Ufficio Servizi Scolastici;
4. di prendere atto che il mancato riscontro alla presente richiesta verrà inteso come accettazione della domanda.

Letto, confermato e sottoscritto - Darfo Boario Terme \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata, unitamente alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente.*

\* \* \* \* \*

### **INFORMATIVA ALL'UTENZA** **(ART. 13 GDPR - REGOLAMENTO UE 2016/679)**

**Titolare del trattamento:** Comune di Darfo Boario Terme – Piazza Col. Lorenzini n. 4 – Tel. 0364-541.100 Fax 0364-541.199 Il Comune ha nominato il proprio **Responsabile della protezione dei dati** che si può contattare via mail alla seguente casella di posta elettronica [rpdp@darfoaboarioterme.net](mailto:rpdp@darfoaboarioterme.net) **Finalità e base giuridica del trattamento:** i dati raccolti sono trattati al solo scopo di valutare i requisiti per accedere al servizio e di erogarlo. Il trattamento è svolto per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico. **Durata della conservazione:** i dati raccolti sono conservati per un anno dopo la cessazione del servizio. **Destinatari dei dati:** I dati, anche di natura particolare, sono comunicati alla ditta aggiudicataria del servizio di refezione ed all'Istituto Comprensivo di riferimento. Possono inoltre essere trasmessi a privati in seguito a richieste di accesso agli atti (Legge n. 241/1990) o accesso civico e accesso civico generalizzato (D.Lgs. n. 33/2013). I dati non sono trasmessi fuori dall'Unione Europea. I terzi che effettuano trattamenti sui dati personali per conto del Comune, ad esempio per i servizi di assistenza informatica, sono Responsabili del trattamento e si attengono a specifiche istruzioni. **Diritti dell'interessato:** l'interessato ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento. In alcuni casi, ha, inoltre, il diritto di opporsi al trattamento dei dati personali. Può esercitare tali diritti rivolgendosi al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo mail [rpdp@darfoaboarioterme.net](mailto:rpdp@darfoaboarioterme.net) L'interessato ha, infine, il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Letto, confermato e sottoscritto - Darfo Boario Terme \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

## Modello per Diete Speciali

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ ABITANTE a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

RESIDENZA ANAGRAFICA \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
(specificare solo se diversa dal luogo di abitazione)

in qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante/i la Scuola dell'INFANZIA Statale di PELLALEPRE

### D I C H I A R A

che il/la proprio/a figlio/a per motivi religiosi non può assumere:

carne di maiale e derivati       carne di manzo       tutti i tipi di carne       altro .....

che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da:

Intolleranza alimentare

Allergia alimentare

Malattia metabolica (celiachia, diabete, favismo, altro .....

che il/la proprio/a figlio/a è esposto/a a shock anafilattico       SI       NO

**Allegare certificato medico in originale con diagnosi ed eventuale elenco degli alimenti da escludere (si accettano certificati di pediatri di base e di specialisti in allergologia o malattie metaboliche; nel caso si utilizzino prodotti dietetici speciali si prega di farlo prescrivere nel medesimo certificato).**

N.B. la presente richiesta e l'eventuale certificato medico, devono essere presentati: all'inizio di ogni anno scolastico o ogni qualvolta sia necessario un aggiornamento nella dieta speciale oppure nel corso dell'anno scolastico nel caso in cui il bambino provenga da un'altra scuola.

Letto, confermato e sottoscritto - Darfo Boario Terme \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

### Sospensione dieta speciale

Dichiara che il/la proprio/a figlio/a sospende la dieta speciale precedentemente richiesta e può seguire il menu scolastico a partire dal .....

Letto, confermato e sottoscritto - Darfo Boario Terme \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE