AL COMUNE DI CASTIADAS

DOMANDA ESONERO DAL PAGAMENTO SERVIZIO MENSA SCOLASTICA

ANNO SCOLASTICO 2024/2025

Il/La Sottoscritta/o nella sua qualità di □ Genitore □ Affidatario □ _____

Generalità del richiedente

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA _____

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Generalità dell'alunno

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA _____

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| frequentante la

SCUOLA □ INFANZIA □ PRIMARIA □ SECONDARIA DI 1° GRADO – CLASSE: _____

ai sensi della Deliberazione della G.C. n. 105 del 19/07/2024

C H I E D E

L'esonero totale dal pagamento della quota di contribuzione per la fruizione del Servizio di Mensa scolastica in quanto al proprio/a figlio/a è stata riconosciuta la condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 1 |_| o comma 3 |_| della legge 5 febbraio 1992, n. 104

Allega alla presente Copia del verbale della Commissione sanitaria ai sensi dell'art. 4 Legge 104/92 dalla quale risulta il riconoscimento della situazione di gravità.

DICHIARA

Di essere a conoscenza che i dati personali saranno trattati dal Comune di Castiadas, in qualità di titolare del trattamento, esclusivamente per fini istituzionali per il rilascio della prestazione sociale agevolata richiesta.

Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, trasparenza e tutela della riservatezza e potranno essere esercitati i diritti previsti dall'art. 13 ss. Regol. UE 2016/679.

AUTORIZZA

Il Comune di Castiadas al trattamento dei propri dati personali ai fini istituzionali per l'ottenimento delle prestazioni sociali agevolate.

Castiadas, _____

IL RICHIEDENTE

_____