



COMUNE DI CASTIADAS

Città Metropolitana di Cagliari

Piazza Municipio 1 – 09040 Castiadas

tel.070 99450324 – www.comune.castiadas.su.it

SERVIZIO PUBBLICA ISTRUZIONE

OGGETTO: Richiesta Servizio Mensa Scolastica - Anno Scolastico 2026-2027:

- ☐ **INFANZIA**
- ☐ **PRIMARIA**
- ☐ **SECONDARIA**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il ____/____/____ a _____

Codice fiscale _____ Residente in _____

Via _____ n. _____ indirizzo e-mail _____,

Tel./cellul. _____

(indispensabili per poter trasmettere eventuali comunicazioni)

in qualità di genitore/tutore/affidatario,

con la presente, chiede che i suddetti figli possano usufruire del Servizio Mensa Scolastica:

1. _____ nato/a il ____/____/____ a _____,

frequentante la classe __sez__ della Scuola _____

Codice fiscale _____

2. _____ nato/a il ____/____/____ a _____,

frequentante la classe __sez__ della Scuola _____

Codice fiscale _____

3. _____ nato/a il ____/____/____ a _____,

frequentante la classe __sez__ della Scuola _____

Codice fiscale _____

DICHIARA

- a) Di essere a conoscenza di dover acquistare i pasti versando le relative somme, con le modalità indicate dall'Ufficio Pubblica Istruzione;
- b) Di comunicare tempestivamente per iscritto qualsiasi variazione dei dati dichiarati e l'eventuale rinuncia al servizio;
- c) Di accettare le modalità previste per il servizio mensa scolastica;

CHIEDE

che i propri figli usufruiscano del servizio mensa scolastica secondo le seguenti opzioni di menù:

FIGLIO/A (Nome e Cognome)	Menù ordinario	Dieta speciale per motivi di salute (allegare certificato)	Dieta speciale per motivi etico religiosi (indicare alimenti da escludere)
	☐		
	☐		
	☐		

Allega alla presente:

- **Certificazione ISEE** per poter usufruire delle tariffe agevolate.
- **Certificato medico aggiornato con l'indicazione dettagliata della dieta prescritta** quando richiama una dieta speciale per motivi di salute.
- **Verbale che attesti lo stato di disabilità** in quanto gli alunni in situazione di disabilità riconosciuta ai sensi della Legge 104/1992 hanno diritto all'esenzione totale dal pagamento del servizio.

Data _____ Firma del richiedente _____

INFORMAZIONI PER I GENITORI:

Oltre alla presentazione online, la domanda di iscrizione al servizio di mensa scolastica per l'A.S. 2026/2027 può essere compilata e trasmessa **entro il 22 settembre 2026** tramite una delle seguenti modalità:

- Invio all'indirizzo protocollo@pec.comune.castiadas.su.it
- Consegna a mano: Presso l'Ufficio Protocollo del Comune

L'Ufficio Pubblica Istruzione è a disposizione per chiarimenti dal **lunedì al venerdì, dalle 10:00 alle 12:00**, al numero **070 99450324**.

La responsabile del procedimento è la Dott.ssa Rossana Cireddu.

Le tariffe del pasto e le fasce ISEE sono quelle di seguito riportate:

SCUOLA FREQUENTATA	I FASCIA (ISEE inferiore o pari a € 20.000,00)	II FASCIA (ISEE superiore a € 20.000,00) ISEE NON PRESENTATO
INFANZIA	€ 1,50	€ 2,00
PRIMARIA	€ 2,00	€ 2,50
SECONDARIA DI I°GRADO	€ 2,50	€ 3,00

Le riduzioni per il servizio mensa scolastica destinate **esclusivamente agli alunni residenti nel Comune di Castiadas** per l'anno scolastico 2026/2027 sono strutturate in base alle fasce ISEE e al numero di figli fruitori del servizio:

ISEE	2 figli	3 figli	4 figli	5 figli o più
Inferiore o pari a € 20.000,00	Sconto del 20% sulla quota dovuta per il secondo figlio	Riduzione del 30% sulla quota complessiva	Riduzione del 40% sulla quota complessiva	Riduzione del 50% sulla quota complessiva
Superiore a € 20.000,00 o non presentato	Nessuna riduzione	Riduzione del 20% sulla quota complessiva	Riduzione del 20% sulla quota complessiva	Riduzione del 20% sulla quota complessiva

