



# COMUNE DI VEROLAVECCHIA

## PROVINCIA DI BRESCIA

Piazza Verdi, 7 – 25029 Verolavecchia (BS)  
Telefono: 030/9360407- Fax: 030/931777  
Partita Iva 00727360984 – Codice Fiscale 88002730179  
[www.comune.verolavecchia.bs.it](http://www.comune.verolavecchia.bs.it)  
PEC: [protocollo@pec.comune.verolavecchia.bs.it](mailto:protocollo@pec.comune.verolavecchia.bs.it)

### AI SINDACO

All'Assessore alla PUBBLICA ISTRUZIONE  
del COMUNE DI VEROLAVECCHIA

## Domanda d'iscrizione al servizio PRE SCUOLA Anno Scolastico 2017/2018

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_, genitore  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ che frequenterà il prossimo A.S. 2017/2018 la  
classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ della Scuola Primaria di Verolavecchia:

- Dichiaro che il proprio figlio/a si trova nella necessità di giungere a Scuola, il mattino, alle ore 7.45 e chiede, quindi, che lo stesso venga ammesso al servizio pre-scuola;
- Si impegna a pagare per il servizio in oggetto.

Data \_\_\_\_\_

Firma per Accettazione

\_\_\_\_\_



# COMUNE DI VEROLAVECCHIA

PROVINCIA DI BRESCIA

Piazza Verdi, 7 – 25029 Verolavecchia (BS)  
Telefono: 030/9360407- Fax: 030/931777  
Partita Iva 00727360984 – Codice Fiscale 88002730179  
[www.comune.verolavecchia.bs.it](http://www.comune.verolavecchia.bs.it)  
PEC: [protocollo@pec.comune.verolavecchia.bs.it](mailto:protocollo@pec.comune.verolavecchia.bs.it)

## Domanda d'iscrizione al servizio MENSA anno scolastico 2017/2018

### Dati del genitore (o di chi ne fa le veci)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

### Dati dell'alunno (indicare la classe che verrà frequentata nell'A.S. 2017/2018)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Sesso:  F  M Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'esibizione di atti contenenti dati non rispondenti a verità è punito ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia

### Dichiara che il proprio figlio è in possesso dei seguenti requisiti (art. 4 Regolamento Comunale):

*(barrare la voce che interessa)*

- Alunno portatore di handicap;
- Alunno residente nella F.ne di Monticelli D'Oglio o cascine sparse di Verolavecchia;
- Alunno appartenente a famiglia in cui entrambi i genitori o facenti funzioni, o l'unico esistente o convivente sono lavoratori;

*(barrare la voce che interessa)*

### FREQUENZA AL SERVIZIO SETTIMANALE

*(indicare obbligatoriamente i giorni prescelti):*

- 3 accessi alla mensa alla settimana quali \_\_\_\_\_
- 4 accessi alla mensa alla settimana quali \_\_\_\_\_
- 5 accessi alla mensa alla settimana

A) L'ALUNNO/A HA BISOGNO DI UNA DIETA PARTICOLARE  SI  NO

B) L'ALUNNO/A SOFFRE DI ALLERGIA, INTOLLERANZA, PATOLOGIA ALIMENTARE  SI  NO

SE SI SPECIFICARE QUALE \_\_\_\_\_

ED ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO.

C) DI AVERE UN ISEE PARI A € \_\_\_\_\_ COME RISULTA DALL'ATTESTAZIONE  
N° \_\_\_\_\_ RILASCIATA IN DATA \_\_\_\_\_

D) DI AVERE I SEGUENTI FIGLI CHE FREQUENTANO IL SERVIZIO MENSA:

cognome e nome \_\_\_\_\_ scuola frequentata e classe o sezione \_\_\_\_\_

cognome e nome \_\_\_\_\_ scuola frequentata e classe o sezione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma per Accettazione

\_\_\_\_\_

Ufficio Servizi Sociali e Servizi Scolastici

Orari di apertura al pubblico

Mattino: dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 13:00

Pomeriggio: lunedì dalle 15:30 alle 18:30 e mercoledì dalle 15:30 alle 19:00