



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
PEC: protocollo@pec.comune.verolavecchia.bs.it

AI SINDACO

All'Assessore alla PUBBLICA ISTRUZIONE
del COMUNE DI VEROLAVECCHIA

DOMANDA RIDUZIONE BUONI MENSA E QUOTA FISSA COMPARTICIPAZIONE AI COSTI - A.S. 2017/2018 (in base all'ISEE)

Il sottoscritto _____ C.F.: _____ residente a
_____ Via _____ n. _____
Tel.n. _____, mail _____ genitore del bambino
_____ nato a _____ il _____
frequentante la locale Scuola dell'Infanzia sezione _____

DICHIARA

Al fine di avere la riduzione della quota fissa e del costo mensa

1. Di avere un ISEE pari a € _____ come risulta dall'attestazione n° _____ emessa il _____;
2. Di avere i seguenti figli iscritti alla mensa:
_____ Scuola _____;
_____ Scuola _____;
3. Di avere n° _____ figlio/a _____ che frequenta il nido;
4. dichiara di essere informato che se otterrà la riduzione si potrà applicare l'art.4 comma 2, del D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 1069, in materia di controllo di veridicità delle informazioni fornite;
5. autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs.vo n. 196/2003 (privacy).

Data _____

Firma _____