



RICEVUTA IN DATA .....
DA .....
PROT. N.....

Ristorazione Spa

Comune di Figline Valdarno

1) **DOMANDA ISCRIZIONE AL SERVIZIO RISTORAZIONE 2013/2014**  
 2) **DOMANDA RIDUZIONE ISEE 2013/2014**

(COGNOME DEL TUTORE/GENITORE) \_\_\_\_\_ (NOME DEL GENITORE/TUTORE) \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Domicilio se diverso da Residenza: \_\_\_\_\_

Codice fiscale del Tutore \_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail (una sola) \_\_\_\_\_

In qualità di (genitore/tutore) dell'alunno seguente iscritto per l'a.s. 2013//2014 nelle scuole di FIGLINE VALDARNO:

(COGNOME DELL'ALUNNO) \_\_\_\_\_ (NOME DELL'ALUNNO) \_\_\_\_\_

(NATO IL:) \_\_\_\_\_ (CODICE FISCALE DELL'ALUNNO) \_\_\_\_\_

(SCUOLA) \_\_\_\_\_ (CLASSE-SEZIONE) \_\_\_\_\_

**PRESO ATTO CHE ALLA DATA DEL \_\_\_\_\_ IL SALDO DEI PAGAMENTI PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA RISULTA PARI A \_\_\_\_\_ EURO**

**1. CHIEDE L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA**

per l'anno scolastico 2013/2014 e fino al termine del ciclo di frequenza scolastica

- La domanda di iscrizione al Servizio di Ristorazione scolastica deve essere presentata **da tutti gli interessati**, onde evitare l'esclusione dell'alunno dal servizio.
- **L'iscrizione avra' validita' per tutto il ciclo scolastico di attuale frequenza.**

**2. CHIEDE LA RIDUZIONE ISEE AL FINE DELL'ASSEGNAZIONE DELLE TARIFFE PER IL SERVIZIO RICHIESTO**

consapevole delle sanzioni penali in caso di false dichiarazioni e della perdita automatica dei benefici eventualmente ottenuti a seguito delle stesse, DICHIARA CHE:

che il proprio indicatore ISEE\* è uguale a \_\_\_\_\_  
 scadenza \_\_\_\_\_

**Per poter avere diritto alle riduzioni tariffarie, ogni anno entro SETTEMBRE, si dovrà comunque ripresentare in copia, l' ATTESTAZIONE ISEE RELATIVA AL REDDITO dell'anno PRECEDENTE (2012, ecc...).**  
**IN CASO DI PIU' FIGLI DOVRA' ESSERE PRESENTATA COMUNQUE UNA COPIA PER OGNI ISCRIZIONE**

**LE ISCRIZIONI SENZA LE DICHIARAZIONI-ISEE ALLEGATE SARANNO COLLOCATE NELLA TARIFFA MASSIMA PREVISTA**

**3. Le riduzioni tariffarie sono previste per i soli residenti NEL COMUNE DI FIGLINE VALDARNO**

**La Tariffazione per l'anno 2013/2014 sarà comunicata all'inizio dell'anno scolastico 2013/2014 previa delibera del Comune .**

Per le famiglie con 3 o più figli utenti del servizio mensa si prega di compilare il modello sottostante

COGNOME	Modello di autocertificazione di NOME	Stato di famiglia LUOGO	DATA DI NASCITA
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**4. SI IMPEGNA** a pagare la tariffa deliberata dal Comune autorizzando l'invio del documento di addebito a proprio carico all'indirizzo sopraindicato comunicando tempestivamente eventuali cambi di indirizzo, di n.telefonico, di situazione reddituale.

**5. In caso di sospensione dalla mensa**, va presentata richiesta scritta all'Ufficio della Ditta di Ristorazione

Data \_\_\_\_\_ Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_

Per tutti coloro che hanno necessita' di seguire regimi dietetici particolari, legati a intolleranze ed allergie alimentari, e' necessario produrre un certificato medico che attesti la tipologia di regime alimentare da seguire, specificando, gli alimenti da escludere. Per coloro che invece hanno esigenze di carattere religioso/ etnico, alleghiamo un modello da riempire e riconsegnare con la domanda di iscrizione al servizio di Refezione Scolastica di Elior

**Modello di autocertificazione per richieste dietetiche**

Alla Responsabile del servizio mensa	
Il sottoscritto.....	
Genitore dell'alunno .....	
Fa richiesta che il proprio figlio nella dieta giornaliera <b>non assuma i seguenti alimenti:</b>	
-carne bovina	
-carne di maiale	
-qualsiasi tipo di carne	
Data.....	
Firma.....	

PRIVACY: Ai sensi D. Lgs. n. 196/2003 sulla tutela della privacy, ..... in qualità di "Titolare" del trattamento dei dati personali forniti, dichiara che tali informazioni verranno conservate all'interno dei propri archivi informatici e/o cartacei con garanzie di sicurezza e riservatezza. L'utilizzo di tali dati è limitato esclusivamente allo svolgimento dei rapporti tra i clienti e Avenance Spa. Ai sensi dell' art.13, il cliente potrà, in qualsiasi momento richiedere la verifica, la variazione o la cancellazione dei suoi dati personali.

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**DATE DI APERTURA UFFICIO ELIOR, VIA MARTIRI CAVICCHI 16-FIGLINE V.NO-TEL. 055/951859**  
**Giorni: DAL 11 GIUGNO AL 26 LUGLIO--Dal MARTEDI' AI VENERDI'- Orari: 10-16.00**  
**Giorni: DAL 3 AL 13 SETTEMBRE-Dal MARTEDI' AI VENERDI'- Orari: 10-15.00**

<b>ELIOR RISTORAZIONE SPA</b> <b>RICEVUTA PER ISCRIZIONE 2013/2014</b>	<b>ELIOR RISTORAZIONE SPA</b> <b>RICEVUTA PER ISEE 2013/2014</b>
<b>UTENTE.....SALDO.....</b>	<b>UTENTE.....SALDO.....</b>
<b>PROT.....DATA.....</b>	<b>PROT.....DATA.....</b>
<b>FIRMA.....(Paoli Donatella).....</b>	<b>FIRMA.....(Paoli Donatella).....</b>