****

**CITTA' DI CASTANO PRIMO**

**Città Metropolitana di Milano**

**RICHIESTA RIDUZIONE TARIFFA REFEZIONE SCOLASTICA ANNO 2024/2025**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| residente a Castano Primo in via |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| tel. |  | e-mail |  |

In qualità di genitore / affidatario / tutore legale

**C H I E D E**

la riduzione della tariffa del servizio di Refezione Scolastica dei seguenti minori:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nome e cognome del/la bambino/a** | **N° badge** | **scuola, classe e sezione frequentata** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

A tal fine si allegano:

* copia carta identità del richiedente
* (**in caso di richiesta di riduzione su base ISEE**) copia dell’attestazione I.S.E.E in corso di validità e **valida per le prestazioni agevolate a favore dei minorenni interessati**

**E D I C H I A R A**

*(barrare le caselle)*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

di aver preso visione delle informazioni sul servizio e di accettarne i contenuti.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

di aver preso visione dell’informativa e autorizzare l’Ente in indirizzo al trattamento dei dati rilasciati ai sensi del Regolamento Europeo GDPR n.679/2016**.**

|  |  |
| --- | --- |
| Castano Primo, data |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma |  |

La domanda sottoscritta dovrà pervenire entro il giorno 04 Ottobre 2024 a mezzo posta elettronica all’indirizzo **servizisociali@comune.castanoprimo.mi.it** oppure presso l’Ufficio Servizi Sociali nei giorni di apertura al pubblico (lunedì, mercoledì, giovedì e venerdì dalle h 9:00 alle h 12:30, il martedì dalle h16:00 alle h18:00). **Le riduzioni non potranno essere concesse a fronte di una situazione debitoria** relativa all’alunno interessato e agli anni scolastici precedenti **superiore ad € 50,00**