

RICHIESTA TARIFFE SCOLASTICHE AGEVOLATE per l'A.S. 2025/2026

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME		NOME	
INDIRIZZO		PROVINCIA	CUNEO
COMUNE	CAVALLERMAGGIORE	TELEFONO1	
E-MAIL		TELEFONO2	

RICHIEDE PER IL/I SEGUENTE/I STUDENTE/I
LE TARIFFE SCOLASTICHE AGEVOLATE per ognuno indicate:

COGNOME		NOME	
Luogo di nascita		Data di nascita	
<input type="checkbox"/> Scuola infanzia Statale Capoluogo <input type="checkbox"/> Scuola Primaria <input type="checkbox"/> Scuola secondaria 1° grado			
CLASSE, SEZIONE E TIPO (es. 1 A tempo pieno) _____			
<input type="checkbox"/> PRESCUOLA (infanzia e primaria)			
<input type="checkbox"/> MENSA SCOLASTICA			

COGNOME		NOME	
Luogo di nascita		Data di nascita	
<input type="checkbox"/> Scuola infanzia Statale Capoluogo <input type="checkbox"/> Scuola Primaria <input type="checkbox"/> Scuola secondaria 1° grado			
CLASSE, SEZIONE E TIPO (es. 1 A tempo pieno) _____			
<input type="checkbox"/> PRESCUOLA (infanzia e primaria)			
<input type="checkbox"/> MENSA SCOLASTICA			

COGNOME		NOME	
Luogo di nascita		Data di nascita	
<input type="checkbox"/> Scuola infanzia Statale Capoluogo <input type="checkbox"/> Scuola Primaria <input type="checkbox"/> Scuola secondaria 1° grado			
CLASSE, SEZIONE E TIPO (es. 1 A tempo pieno) _____			
<input type="checkbox"/> PRESCUOLA (infanzia e primaria)			
<input type="checkbox"/> MENSA SCOLASTICA			

Il/La sottoscritto/a dichiara

- di essere residente in Italia
 di essere residente in Italia e di aver usufruito di tariffe scolastiche agevolate presso il Comune di _____

DI NON AVER IN SOSPELO PAGAMENTI RELATIVI A SERVIZI SCOLASTICI DEGLI ANNI SCOLASTICI PRECEDENTI.

Il sottoscritto dichiara che l'I.S.E.E. ORDINARIO/CORRENTE del proprio nucleo familiare risulta essere il seguente: € _____

Si allegato attestazione ISEE in corso di validità (ed eventuali documenti relativi alla situazione lavorativa se del caso).

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza che, nel caso di corresponsione dei benefici sopra richiesti, si applica l'art. 4 comma 2, del D. Lgs. 31.03.1998 n. 109 in materia di controllo della veridicità delle informazioni fornite.

Il sottoscritto dichiara infine di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini delle finalità per il quale sono stati richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.

Data _____

FIRMA _____

Autorizzazione all'invio di comunicazioni

Il/La sottoscritto/a retro generalizzato **AUTORIZZA** il Comune di Cavallermaggiore ad inviare comunicazioni relative ai servizi erogati dall'Ufficio scuola ai numeri di cellulare e/o all'indirizzo e-mail retro indicati.

Si impegna inoltre ad informare il Comune di Cavallermaggiore degli eventuali cambiamenti del numero del proprio telefono cellulare e/o indirizzo di posta elettronica.

Dichiara altresì di essere a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito delle finalità per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Informativa sul trattamento dei dati personali

si invita a prendere visione dell'informativa ex art. 13 del Regolamento Europeo Generale sul trattamento dei dati n. 679/2016 (c.d. GDPR) cliccando al seguente link: https://www.comune.cavallermaggiore.cn.it/cgi-bin/pdf/2018_InformativaUfficiComunali679Ver3%200.pdf oppure accedendo al Palazzo Comunale ove una copia è esposta all'ex albo pretorio e disponibile al pubblico oppure richiedendo copia cartacea all'Ufficio Segreteria del Comune, o per via posta ordinaria con invio della richiesta al Protocollo generale del Comune di Cavallermaggiore (CN), Via Roma n. 104, oppure mediante richiesta di copia telematica o cartacea al Responsabile della Protezione dei dati del Comune (DPO) via mail al seguente indirizzo: RPD@comune.cavallermaggiore.cn.it

Cavallermaggiore, lì _____

IN FEDE PER ACCETTAZIONE _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

DOMANDA N. _____/A.S. 2025/2026

Vista la richiesta sopra indicata, si attesta che il richiedente rientra nella seguente classe I.S.E.E. (determina n. _____ del _____) e la riduzione è concessa dalla data del _____:

CLASSE I.S.E.E.		MENSA SCOLASTICA Scuola dell'Infanzia e Primaria			PRE SCUOLA Scuola Infanzia e Primaria (annuale)
Da €	A €	RIDUZIONI	COSTO di 1 buono pasto a carico dell'utente	RIDUZIONI dal 2° figlio in poi frequentante la mensa (COSTO di 1 buono pasto a carico dell'utente)	
0	4000	80% su tariffa intera	€ 1,20	===	€ 26,00
4001	6000	60% su tariffa intera	€ 2,35	===	€ 52,00
6001	8000	40% su tariffa intera	€ 3,55	===	€ 78,00
8001	10000	20% su tariffa intera	€ 4,70	€ 3,75	€ 104,00
10001	oltre	Tariffa intera	€ 5,90	€ 5,50	€ 130,00

Cavallermaggiore, lì _____

Il funzionario incaricato _____