

Al Sig. Sindaco del Comune di
Scaletta Zanclea

MODULO DI ADESIONE AL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA

**Anno scolastico 2025/2026 – Scuola dell'infanzia
Comune di Scaletta Zanclea (ME)**

DATI DEL MINORE

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Classe: _____

Scuola: _____

DATI DEL GENITORE/TUTORE

Cognome e Nome: _____

Codice fiscale: _____

Telefono: _____

Email: _____

Indirizzo di residenza: _____

Il/La sottoscritto/a _____ richiede l'attivazione del servizio mensa scolastica per l'alunno/a sopra indicato per l'a.s. 2025/2026.

FASCIA ISEE

(barrare la voce e allegare attestazione ISEE in corso di validità)

☐ Fascia 1 – ISEE da € 0,00 a € 3.000,00 → Costo blocchetto: € 35,00

☐ Fascia 2 – ISEE da € 3.001,00 a € 9.000,00 → Costo blocchetto: € 40,00

☐ Fascia 3 – ISEE oltre € 9.001,00 o non presentato → Costo blocchetto: € 45,00

☐ Richiesta di gratuità per minore con disabilità certificata (allegare documentazione L.104/92, art.3 comma 1 e 3) → Costo blocchetto: € 0,00

AGEVOLAZIONE FRATELLI (compilare solo se applicabile)

☐ Altro/a figlio/a già iscritto/a al servizio mensa scolastica (indicare nome e cognome):

→ Si richiede applicazione della fascia ISEE inferiore (da € 0,00 a € 3.000,00).

DIETA SPECIALE (compilare solo in caso di necessità)

☐ L'alunno/a necessita di dieta speciale per allergie o intolleranze.

Si allega certificato medico con indicazione degli alimenti da escludere o limitare.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara:

Di essere a conoscenza delle condizioni economiche e organizzative del servizio mensa;

- Di impegnarsi al pagamento del blocchetto alla ditta fornitrice secondo la fascia ISEE selezionata (salvo esonero per disabilità);
- Di essere consapevole che non sono previsti ulteriori contributi o agevolazioni comunali oltre quelli indicati nel presente avviso;
- Di aver preso visione dell'agevolazione per i fratelli e, se applicabile, di averne fatto richiesta;
- Di autorizzare il Comune a trasmettere alla ditta erogatrice i dati del minore e le eventuali informazioni sanitarie per la corretta erogazione del servizio.

Luogo e data: _____

Firma del genitore/tutore: _____

Allegati richiesti

- ☐ Attestazione ISEE (se si richiede fascia agevolata)
- ☐ Certificato medico per dieta speciale (se necessario)
- ☐ Certificazione di disabilità (L.104/92) per richiesta di gratuità (se applicabile)