**AL SINDACO E ALL’UFFICIO**

**SERVIZI SOCIALI COMUNALI**

**DEL COMUNE DI NASO**

**OGGETTO: RICHIESTA ESENZIONE PAGAMENTO MENSA SCOLASTICA a.s. 2024/2025.**

**IL/LA SOTTOSCRITT**\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NAT\_ A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RECAPITO TELEFONICO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***CHIEDE***

**L’ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA PER L’A.S. 2024-2025** per il secondo figlio, giusto avviso pubblico del 30/09/2024 in quanto alunno appartenentea nucleo familiare con più componenti minori frequentanti **L**’**ISTITUTO COMPRENSIVO DI CASTELL’UMBERTO – SEDE DI NASO**, in possesso di attestazione Isee, in corso di validità e con valore € 10.632,94.

***Alunni Minori frequentanti*** **appartenenti al nucleo familiare ( indicare tutti i figli)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COGNOME NOME**  | **DATA DI NASCITA**  | **Classe FREQUENTANTE**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

A TAL FINE IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE IL BENEFICIO RICHIESTO SARA’ CONCESSO SOLO A SEGUITO DEL PARERE FAVOREVOLE ESPRESSO DAI **SERVIZI SOCIALI COMUNALI.**

**Allega :**

* **ATTESTAZIONE ISEE AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE IN CORSO DI VALIDITA’**
* **FOTOCOPIA DOCUMENTO IDENTITA’**

Naso, Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL’UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**L’ufficio Servizi Sociali, nell’erogazione di quanto richiesto, esprime:**

**| | Parere Favorevole | | Parere Sfavorevole**

Naso ,

L’assistente sociale

Il Responsabile del Servizio