Al FUNZIONARIO RESPONSABILE

del SERVIZIO MENSA SCOLASTICA

del COMUNE di APOLLOSA

**SERVIZIO MENSA SCOLASTICA A.S. 2024/2025**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-Genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Iscritto/a alla classe

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fruitore del servizio mensa scolastica – A.S. 2023/2024

**CHIEDE**

Esenzioni e riduzioni (indicare con una crocetta):

Esenzione totale per gli studenti disabili o affetti da patologie invalidanti superiori al 50%;

Esenzione totale per il terzo figlio e successivi che usufruiscono del servizio comunale;

Esenzione o riduzione del 50% del ticket per gli studenti le cui famiglie si trovino in particolari situazioni di estremo disagio economico e sociale (da documentare) da valutare in sede di U.V.I. S (Unità di Valutazione per gli Interventi Sociali) anche per gli studenti non residenti frequentanti le scuole di Apollosa.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Allegati:

a)

b)