Al Centro Don Milani

**CASSINO**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

**AL PROGETTO**

**“DON MILANI”**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nazione (se nato all’estero)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.\_\_\_\_\_\_ , CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_ telefono abitazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CodiceFiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quale genitore/tutore esercente la potestà genitoriale del/i minore/i sotto indicato/i con la presente

e

La sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nazione (se nato all’estero)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.\_\_\_\_\_\_ , CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_ telefono abitazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CodiceFiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quale genitore/tutrice esercente la potestà genitoriale del/i minore/i sotto indicato/i con la presente

**CHIEDONO**

l’iscrizione al progetto Don Milani presso il centro Exodus per:

DATI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome | | Nome | | sesso | |
| M | F |
| luogo di nascita | data di nascita | | Nazione (per i nati all’estero) | | |
| codice fiscale | | | | | |
| scuola frequentata:  ISTITUTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

**Dichiarano:**

1.di accettare tutte le condizioni del servizio e in particolare di assumersi il vincolo al pagamento delle tariffe.;

2. di essere a conoscenza che la Dichiarazione sostitutiva unica con attestazione ISE/ISEE presentata unitamente alla presente domanda non potrà essere sostituita e determinerà la fascia contributiva fino a tutto il 30/06/2022;

**ALLEGA:**

Fotocopia del documento d’identità, in corso di validità, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dichiarazione sostitutiva unica con attestazione ISE/ISEE, debitamente firmata in ogni sua parte,secondo la

nuova normativa in vigore dal 01/01/2015 (D.P.C.M. n.159 del 05/12/2017.

**NON ALLEGA:**

Dichiarazione sostitutiva unica con attestazione ISE/ISEE,consapevole che l’assenza di tale dichiarazione comporterà l’applicazione della tariffa corrispondente alla 5° fascia, come stabilito con deliberazione di G.C. n. 78 del 14/03/2017.

Cassino, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

==================================================================================

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

Il pagamento avviene secondo le tariffe e le fasce di reddito ISEE

**Il pagamento dovrà essere effettuato presso gli uffici amministrativi presso Exodus in contanti e/o con bancomat ENTRO e NON OLTRE il 5 di ogni mese.**

Cassino, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TRATTAMENTO RELATIVO AI DATI AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY**

Acconsente all’utilizzo del numero di cellulare e dell’indirizzo di posta elettronica per l’invio delle comunicazioni relative al servizio di mensa scolastica, da parte del soggetto affidatario della gestione del servizio.

Cassino, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SCELTA DELLA TIPOLOGIA di INTERVENTO**

I soprascritti genitori/ tutori dichiarano di:

1. appartenere alla fascia\_\_\_\_\_\_in base alla tabella delle fasce e tariffe pubblicata sul sito.

2. di scegliere la seguente tipologia:

5 giorni dal Lunedì al venerdì

4 giorni scegliere quali…………………………………………………………………………………

3 giorni scegliere quali…………………………………………………………………………………

2 giorni scegliere quali…………………………………………………………………………………

Cassino, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_