



COMUNE DI CASTELCOVATI

Via Chiari, 60 - 25030 CASTELCOVATI (BS)

Tel. 030.7080319 - Fax: 030.7080304

pec: protocollo@pec.comune.castelvovati.bs.it

RICHIESTA RIDUZIONE BUONO MENSA PER PIU' FIGLI **Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____ residente

a _____ (_____) in via _____ n. _____

C.F. _____ Recapito telefonico _____

e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dagli artt. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

in qualità di genitore degli alunni:

figlio/a (*indicare cognome e nome*) classe sezione

- scuola primaria di Castelvovati (Elementare)
- scuola secondaria primo grado di Castelvovati (Media)

figlio/a (*indicare cognome e nome*) classe sezione

- scuola primaria di Castelvovati (Elementare)
- scuola secondaria primo grado di Castelvovati (Media)

figlio/a (*indicare cognome e nome*) classe sezione

- scuola primaria di Castelvovati (Elementare)
- scuola secondaria primo grado di Castelvovati (Media)

figlio/a (*indicare cognome e nome*) classe sezione

- scuola primaria di Castelvovati (Elementare)
- scuola secondaria primo grado di Castelvovati (Media)

che gli stessi hanno frequentato la mensa scolastica sita presso la scuola primaria di Castelvovati durante l'anno scolastico appena trascorso, e inoltre

DICHIARA

- che il/i proprio/i figlio/i nell'anno scolastico 2024/2025 ha/hanno raggiunto il seguente numero minimo di presenze al servizio mensa:
 - 70 presenze in mensa per gli alunni della scuola primaria;
 - 30 presenze in mensa per gli alunni della scuola secondaria di I grado.

- di non avere posizioni debitorie per il servizio mensa scolastica per l'a.s. 2024/2025 e precedenti, relative al proprio nucleo familiare, nei confronti del concessionario del servizio CIRFOOD s.c.,

E CHIEDE

pertanto, che venga corrisposto il rimborso del 10% del costo complessivo dei buoni pasto effettivamente fruiti, calcolato in base ai giorni di effettiva presenza alla mensa scolastica stessa, ed a tal fine

DICHIARA

che gli estremi identificativi del conto corrente **INTESTATO/COINTESTATO (NON DELEGATO) ALLO SCRIVENTE su cui accreditare l'importo eventualmente riconosciuto** sono i seguenti:

_ Agenzia _____

_ C/C N. _____

_ IBAN _____

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento 679/2016/UE e al D.lgs. n.196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Castelcovati li, _____

FIRMA*

***Allegare copia documento riconoscimento in corso di validità**

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati al Comune di Castelcovati saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Castelcovati. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell'Ente all'indirizzo www.comune.castelcovati.bs.it. I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ente.