

Al Sig. Sindaco del Comune di
Castelnuovo di Garfagnana (LU)

**RICHIESTA ESENZIONE O RIDUZIONE DAL PAGAMENTO
DEI SERVIZI DI REFEZIONE E TRASPORTO
ANNO SCOLASTICO 2024/2025**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

RESIDENTE IN VIA / PIAZZA _____ N. _____

A CASTELNUOVO DI GARFAGNANA – TEL. _____

CHIEDE

PER IL/LA FIGLIO/A (Cognome e nome) _____

ISCRITTO/A ALLA SCUOLA:

Asilo Nido dell'infanzia primaria secondaria di 1°

CL. _____ SEZ. _____

- ESENZIONE TOTALE DAL PAGAMENTO DEL SERVIZIO DI
 REFEZIONE **TRASPORTO** IN QUANTO IL VALORE **ISEE** DELLA DICHIARAZIONE
RELATIVA AL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' **INFERIORE A € 5.000,01;**
- RIDUZIONE DEL COSTO DEL BUONO PASTO A **€ 1,50** IN QUANTO IL VALORE **ISEE** DELLA
DICHIARAZIONE RELATIVA AL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' **COMPRESA TRA € 5.000,01**
E € 8.000,00;
- RIDUZIONE DEL COSTO DEL BUONO PASTO A **€ 3,50** IN QUANTO IL VALORE **ISEE** DELLA
DICHIARAZIONE RELATIVA AL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' **COMPRESA TRA € 8.000,01**
E € 15.000,00;

DICHIARA di essere stato informato sul trattamento dei dati personali secondo quanto stabilito dalla Legge 675/1996 e di autorizzare il Comune di Castelnuovo di Garfagnana al trattamento degli stessi in relazione ai servizi richiesti.

Castelnuovo di Garfagnana, li _____

Firma

*Allegare alla presente fotocopia di un documento di identità
o sottoscrivere la domanda alla presenza del funzionario incaricato*