**1^ ISCRIZIONE**

**Oggetto: servizio refezione scolastica a.s. 2019/2020. DOMANDA.**

Con la presente si comunica che il servizio refezione scolastica, per gli alunni frequentanti le scuole del Comune di Terre Roveresche, inizierà **martedì** **01/10/2019** con le seguenti modalità e orari:

**Unità territoriale 01 BARCHI**

mensa a) INFANZIA lunedì, martedì, mercoledì, giovedì, venerdì orario 12:00

**Unità territoriale 02 ORCIANO**

mensa a) INFANZIA lunedì, martedì, mercoledì, giovedì, venerdì orario 12:00

mensa b) PRIMARIA classi 1^ e 2^ lunedì e mercoledì orario 12:30

classi 3^ - 4^ - 5^ lunedì , mercoledì e venerdì orario 12:30

**Unità territoriale 03 SAN GIORGIO**

mensa INFANZIA lunedì, martedì, mercoledì, giovedì, venerdì orario 12:00

**Unità territoriale 04 PIAGGE**

mensa INFANZIA lunedì, martedì, mercoledì, giovedì, venerdì orario 12:00

**Tariffe**: le tariffe saranno calcolate, come da deliberazione di Giunta Comunale n. 4 del 12.01.2019, attraverso lo strumento di misurazione delle condizioni economiche delle famiglie “Indicatore di Situazione Economica Equivalente” **(ISEE con metodo lineare)** del nucleo familiare cui appartiene l’utentecome da tabella, valida per l’anno scolastico 2019/2020,di seguito riportata:

* ISEE = a € 0,00 - Importo a pasto ( IVA inclusa ) - € 1,50 a pasto;
* ISEE maggiore di 0,00 e inferiore a € 33.000,00 (IVA inclusa ) la tariffa è stabilita con il metodo dell’Interpolazione;
* ISEE uguale o maggiore a € 33.000,00 o in assenza o non residenti - € 4,00 a pasto;

**In presenza** di più utenti, fruitori del servizio, agli stessi sarà applicata una tariffa ridotta del 30% (solo se in regola con i pagamenti relativi ai servizi scolastici (Servizio Referezione e Trasposto Scolastico), dal secondo figlio e oltre, contemporaneamente fruitori del servizio, nella scuola dell’obbligo e Infanzia, presenti nello stesso nucleo familiare;

**Le rette** saranno eleborate telematicamente con cadenza mensile ed avranno scadenza l’ultimo giorno del mese successivo al periodo di riferimento;

**Pagamento**: l’importo dovuto dovrà essere versato, tramite il bollettino postale pre-compilato che verrà consegnato agli alunni, entro il mese successivo a quello cui è riferito il bollettino.

***Per coloro*** *che intentono effettura il versamento utilizzando il canale on line* ***“Banco posta”*** *o* ***“Bonifico Bancario”*** *si prega di compilare la “causale” dello stesso inserendo: Cognome e Nome del referente (se diverso dal versante ovvero titolare della domanda),* ***numero del documento*** *e nominativo dell’alunno;*

**Menù**: i pasti somministrati sono stati elaborati dall’Asur di Fano calibrandoli su 5 settimane che lo stesso sarà esposto in tutti i plessi scolastici;

**Gli interessati** al servizio dovranno restituire, debitamente compilata e sottoscritta, la sottostante domanda nel periodo **dal 26 agosto al 07 settembre 2019 *(salvo motivi eccezionali e comunque concordati)*** con le seguenti modalità:

* **A mano:** Piazzale della Ripa Orciano 1 – 61038 Terre Roveresche (Ufficio –“Servizi Scolastici”);
* **Mail:** **affarigenerali.capocci@comune.terreroveresche.pu.it**

***Per*** *chi utilizza il canale di posta elettronica, per l’invio della domanda, si ricorda che, l’accettazione della stessa, non sarà automatica pertanto il referente dovrà verificare con questi uffici la regolarità della posizione in relazioni ad eventuali pagamenti omessi relativi a rette pregresse****.***

**Si ricorda** che le ricevute dei versamenti vanno conservate per almeno 5 anni dalla data del pagamento e che gli stessi hanno valore detraibile ai fini fiscali;

**Per ogni informazione** è possibile contattare negli orari d’ufficio dal lunedì al sabato ai seguenti recapiti:

**Ufficio servizi scolastici:** Piazzale della Ripa 1 – 61038 Terre Roveresche (sede comunale ) tel. 0721 97424 – int. 8

Il Responsabile

Milena Dott.ssa Orlandi

**Copia per il referente da trattenereDOMANDA SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA**

 ***(MODULO DA RICONSEGNARE ALL’UFFICIO COMPETENTE)***

Al Signor Sindaco

del Comune di Terre Roveresche

**\***Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n^ \_\_\_\_/\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(facoltativo)** tel . cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **di** essere in possesso del domicilio digitale (Posta Elettronica Certificata) **PEC**:

**NO** 🗆 **SI** 🗆:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(se in possesso trascrivere in stampato maiuscolo l’indirizzo - PEC)*

**genitore dell’alunno/a**: ……………………………………………………………………………………

**CHIEDE**

che il proprio figlio/a possa usufruire del servizio refezione scolastica per l’ A.S. 2018/2019 e a tal fine dichiara quanto segue:

**DATI ANAGRAFICI DEL MINORE FRUITORE DEL SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA:**

(cognome e nome del minore ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.(\_\_\_\_\_\_\_\_)Sesso M 🗆 F 🗆

***N.B. i dati anagrafici di residenza del minore, da riportare nel rigo sottostante, vanno***

 ***trascritti solo se diversi dall’indirizzo del referente.***

*Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_/\_\_\_\_*

* **mensa frequentata** (barrare le caselle che interesse)

**Unità territoriale 01 BARCHI**

🗆 mensa a) INFANZIA 🗆 1^ corso 🗆 2^ corso 🗆 3^ corso

**Unità territoriale 02 ORCIANO**

🗆 mensa a) INFANZIA 🗆 1^ corso 🗆 2^ corso 🗆 3^ corso

🗆 mensa b) PRIMARIA 🗆 1^ anno 🗆 2^ anno 🗆 3^ anno 🗆 4^ anno 🗆 5^ anno

**Unità territoriale 03 SAN GIORGIO**

🗆 mensa INFANZIA 🗆 1^ corso 🗆 2^ corso 🗆 3^ corso

**Unità territoriale 04 PIAGGE**

🗆 mensa INFANZIA 🗆 1^ corso 🗆 2^ corso 🗆 3^ corso

luogo …………………………………………................... …..data …………/…………/……………

 Firma …………………………………………………..

*(compilare e sottoscrivere in caso di domanda dieta speciale per motivi medici)*

**DOMANDA DIETE SPECIALI**

 **per motivi medici certificati**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n^ \_\_\_\_/\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(facoltativo)** tel . cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**genitore dell’alunno/a**: …………………………………………………………………………………………………………

**CHIEDE**

la somministrazione al proprio figlio/a di una dieta speciale per motivi medici certificati, e a tal fine dichiara (barrare la casella che interessa):

che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da:

* intolleranza alimentare
* allergia alimentare
* malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
* obesità - sovrappeso
* gastrite, gastroduodenite persistente
* chetosi transitoria
* altro

che il/la proprio/a figlio/a come conseguenza di altre patologie (da specificare)

* non può assumere i seguenti alimenti:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* necessita di ………………………………………. (indicare indicazioni tecniche per la preparazione) :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

allegando a tal fine un certificato medico recente in busta chiusa

*(nota: si accolgono certificati dei pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche con prescrizione dettagliata degli ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di utilizzo prodotti dietetici speciali, si prega di farlo presente nel medesimo certificato)*

.

luogo …………………………………………….. data ………/………/………….

 firma

 ……………………………………

*(compilare e sottoscrivere in caso di fruizione delle agevolazioni tariffarie)*

**DOMANDA FRUIZIONE AGEVOLAZIONI TARIFFARIE**

 **( PRESENTAZIONE DELL’ISEE )**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n^ \_\_\_\_/\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(facoltativo)** tel . cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**genitore dell’alunno/a**: …………………………………………………………………………………………………………

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 dello stesso, nonché delle conseguenze di cui all’art. 75 comma 1 del medesimo decreto, nel caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

**DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE,** come da deliberazione di Giunta Comunale n. 4 del 12.01.2019, per la fruizione del servizio è dovuta la tariffa differenziata sulla base del modello **ISEE** con metodo lineare, qualora non s’intende presentare la dichiarazione, ovvero sia presentata successivamente all’inizio del servizio, la stessa troverà applicazione il 1° giorno del mese successivo alla presentazione della documentazione e non avrà quindi valore retroattivo, di conseguenza la tariffa sarà applicata nella misura massima prevista;

***INOLTRE,*** richiede l’applicazione della tariffa ridotta del 30% dal secondo figlio e oltre, fruitore/i contemporaneamente dello stesso servizio presente/i nel nucleo familiare, comunicando i nominativi degli stessi.

 Cognome Nome grado di scuola plesso classe

 (Infanzia/Primaria/Medie) (Località)

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTE**:

* potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite: la non veridicità della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici acquisiti;
* in caso di mancato pagamento della tariffa attribuita, il Comune di Terre Roveresche potrà procedere alla sospensione del servizio e comunque al recupero del dovuto facendo ricorso all’azione legale;
* qualsiasi variazione dei dati dichiarati al momento dell’iscrizione e l’eventuale rinuncia al servizio richiesto, dovcranno essere tempestivamente comunicati per iscritto:
* ufficio “Affari Generali – Istituzione e Polizia locale” Servizi Scolastici – P.le della Ripa 1 - tel. 0721 97424
* mail: : affarigenerali.capocci@comune.terreroveresche.pu.it

**Allega fotocopia documento di identità in corso di validità.**

luogo ……………………………………………………….. data …..…/………/…………..

Firma

………………………………………….

**Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 Regolamento UE 2016/679.**

Gentile Utente ,La informiamo che i dati personali da Lei forniti al comune di Terre Roveresche saranno trattati secondo quanto previsto dal “Regolamento UE 2016/679 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE

(Regolamento Generale sulla Protezione dei dati)”.

• i dati personali a Lei riferiti verranno raccolti e trattati nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e tutela della riservatezza, con modalità informatiche ed esclusivamente per finalità di trattamento dei dati personali dichiarati nella domanda. Il trattamento è finalizzato all’espletamento delle funzioni istituzionali. I dati acquisiti a seguito della presente informativa saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al/i procedimento/i amministrativo/i per il/i quale/i vengono comunicati;

• l’acquisizione dei Suoi dati ed il relativo trattamento sono obbligatori in relazione alle finalità sopradescritte; ne consegue che l’eventuale rifiuto a fornirli potrà determinare l’impossibilità del Titolare del trattamento ad erogare il servizio richiesto;

• I dati di contatto del Responsabile della protezione dati (DPO) sono: dott. Rocchetti Riccardo e-mail segretario@comune.terreroveresche.pu.it.

• Il Titolare del trattamento dei dati personali è la dott.ssa Testaguzza Monica;

• Il Responsabile del trattamento è la dott.ssa Orlandi Milena;

• i Suoi dati saranno trattati esclusivamente da soggetti incaricati e Responsabili (esterni) individuati dal Titolare o da soggetti incaricati individuati dal Responsabile, autorizzati ed istruiti in tal senso, adottando tutte quelle misure tecniche ed organizzative adeguate per tutelare i diritti, le libertà e i legittimi interessi che Le sono riconosciuti per legge in qualità di Interessato;

• i Suoi dati saranno trasmessi ad altri soggetti (es. controinteressati, partecipanti al procedimento, altri richiedenti) in particolare in caso di richiesta di accesso ai documenti amministrativi secondo le procedure previste dalla legge in materia di accesso agli atti.

• i Suoi dati, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (d.lgs. 281/1999 e s.m.i.) o educative;

• i Suoi dati personali sono conservati, per il periodo di previsto dal piano di fascicolazione e conservazione dell’Ente;

• i Suoi dati personali non saranno in alcun modo oggetto di trasferimento in un Paese terzo extraeuropeo, né di comunicazione a terzi fuori dai casi previsti dalla normativa in vigore, né di processi decisionali automatizzati compresa la profilazione.

Potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 del regolamento UE 679/2016, quali: la conferma dell’esistenza o meno dei suoi dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; avere la conoscenza delle finalità su cui si basa il trattamento; ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, la limitazione o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l’aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l’integrazione dei dati; opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso, rivolgendosi al Titolare, al Responsabile della protezione dati (DPO) o al Responsabile del trattamento, tramite i contatti di cui sopra o il diritto di proporre reclamo all’Autorità di controllo competente.

Tutti i diritti sono esercitabili in qualsiasi momento ricorrendo, per il caso specifico a: Comune di Terre Roveresche –

Segretario Generale e-mail segretario@comune.terreroveresche.pu.it;

Potrà opporsi per motivi legittimi al trattamento stesso rivolgendosi al Titolare o al Responsabile per la Protezione dei dati. E’ possibile anche esercitare il diritto di proporre reclamo all’Autorità di controllo o di ricorrere alle Autorità giurisdizionali competenti qualora il trattamento dei dati personali avvenga in violazione di quanto previsto dal GDPR, in conformità agli artt. 77 e 79 del GDPR.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* Il presente modello e consultabile e scaricabile sul sito del Comune di Terre Roveresche all’indirizzo:

 [www.comune.terreroveresche.pu.it](http://www.comune.terreroveresche.pu.it)

**N.B.:** *Si ricorda che, l’accettazione delle domande, per l’anno scolastico 2019 -2020, relative ai servizi sopracitati è subordinata alla regolarità dei pagamenti delle rette pregresse.*

*L’ufficio Servizi Scolastici è a disposizione per eventuali verifiche, inerente la posizione, riguardante i versamenti insoluti.*

***La sottostante tabella sarà compilata a cura del Responsabile del servizio al momento dell’iscrizione***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SPAZIO RISERVATO ALL'ENTE**  |   |   |   |   |   |   |
| *( da compilarsi all’atto della presentazione della domanda )* |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| ***Comune di Terre Roveresche*** |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| data di presentazione della domanda:  |  |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| Modello ISEE (barrare) se presentato contestualmente | **SI** |  | **NO** |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| Modello ISEE presentato separatamente in data: |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| Firma del referente contestuale alla presentazione separata dell’ISEE: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Il Referente è in regola con i pagamenti |  |  | **SI** |  | **NO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma del ricevente: |  |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

NOTE:

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