



Comune di Susegana
Ufficio Pubblica Istruzione



SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

barrare qui se già fruitore dei servizi anno precedente, nel caso si manterrà il nominativo del genitore richiedente già inserito.

Modulo unico di richiesta dei servizi di:

TRASPORTO SCOLASTICO - MENSA SCOLASTICA - DOPOSCUOLA
per l'anno scolastico 2017/2018

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome e nome GENITORE

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

residente in via _____ n. _____ LOCALITA' _____
(es.Colfosco, Ponte della Priula, Susegana)

Telefono _____

CHIEDE L'AMMISSIONE AI SERVIZI SCOLASTICI PER IL/LA FIGLIO/A:

DATI ALUNNO/A

Cognome _____ **Nome** _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

residente in via _____ n. _____ LOCALITA' _____
(es.Colfosco, Ponte della Priula, Susegana)

SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO (con PAGAMENTO ANTICIPATO)

Scuola Elementare: _____ Classe: _____ Sez: _____

Scuola Media: _____ Classe: _____ Sez: _____

Scuola Materna: _____

andata e ritorno

solo andata

solo ritorno

PARTENZA E/O ARRIVO DA ABITAZIONE IN VIA _____ N. _____ **(SOLO SE DIVERSA DALLA RESIDENZA).**

A partire dal mese di _____

SERVIZIO DI MENSA SCOLASTICA

Scuola Elementare: _____ Classe: _____ Sez: _____

Scuola Media: _____ Classe: _____ Sez: _____

GIORNI DI RIENTRO POMERIDIANO O DOPOSCUOLA: lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì.

CHIEDE UNA DIETA ALIMENTARE DIFFERENZIATA PER MOTIVI DI SALUTE ALLEGANDO UN CERTIFICATO MEDICO CON INDICAZIONE DEI CIBI DA ESCLUDERE DALLA DIETA.

CHIEDE UNA DIETA ALIMENTARE CHE ESCLUDA LA CARNE DI MAIALE.

SERVIZIO DI DOPOSCUOLA (con PAGAMENTO ANTICIPATO)

Scuola **Elementare**: _____ Classe: _____ Sez: _____
indicare: Colfosco, Ponte della Priula, Susegana

Scuola **Media**: _____
attivo il lunedì /mercoledì/venerdì dalle 13.05 fino alle 16.30 .

Classe: _____ Sez: _____

Orario da scegliere per la scuola elementare:

ORARIO 12.30/13.05-18.00

(12.30 – 13.30 servizio mensa, poi

**doposcuola).
Dal lunedì al venerdì
inizierà dopo.**

Nei giorni di rientro scolastico pomeridiano il servizio

ORARIO 12.30/13.05-16.30

(12.30 – 13.30 servizio mensa, poi

**doposcuola).
Dal lunedì al venerdì
inizierà dopo.**

Nei giorni di rientro scolastico pomeridiano il servizio

DICHIARA:

- di impegnarsi a corrispondere le tariffe stabilite per i servizi e di essere a conoscenza che da quest'anno scolastico, in caso di mancato pagamento, l'Amministrazione Comunale procederà d'ufficio ALLA NON ISCRIZIONE dei servizi e al recupero coattivo del credito;

- **per il servizio di Trasporto:** di garantire la presenza di un maggiorenne alla fermata dello scuolabus, pena la cancellazione dal servizio, indicando i seguenti nominativi di persone, diverse dai genitori, autorizzate a ritirare il minore:

1) _____ in qualità di _____ tel. _____

2) _____ in qualità di _____ tel. _____

- **per il servizio di Doposcuola:** di impegnarsi con la presente affinché l'alunno /a, al termine delle lezioni sia prelevato/a dalla scuola da uno dei genitori o da un adulto autorizzato come sotto indicato (eventuali variazioni vanno segnalate direttamente agli educatori del servizio).

1) _____ in qualità di _____ tel. _____

2) _____ in qualità di _____ tel. _____

- di impegnarsi a comunicare all'ufficio Pubblica Istruzione qualsiasi variazione o sospensione del servizio attraverso una nota scritta anche tramite fax(0438-73749) o e-mail; la mancata comunicazione prima dell'inizio di un nuovo mese comporta il pagamento dovuto dell'intera retta mensile.

CHIEDE INOLTRE

DI ACCEDERE ALLE AGEVOLAZIONI TARIFFARIE PREVISTE.

Allega o si impegna a fornire ATTESTAZIONE I.S.E.E. DEL NUCLEO FAMILIARE RELATIVA AI REDDITI 2016 improrogabilmente entro il 30 settembre 2017. Si ricorda che, se tale attestazione non perviene entro il termine sopra indicato, si procederà a calcolare la prima rata a tariffa non agevolata.

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (ai sensi dell'art. 13 del Decreto L.gs.vo 30.06.03 n. 196)

Dichiaro di essere a conoscenza che i dati personali e sensibili qui forniti sono trattati esclusivamente ai fini dell'istruttoria della presente, relativa ad un'attività di rilevante interesse pubblico tra quelle elencate al Capo IV del citato D.Lgs.vo 196/2003, e del fatto che tali dati verranno comunicati ai soggetti che erogano il servizio o la prestazione da me richiesti e ad ogni altro soggetto a cui si renda necessario comunicarli ai fini della corretta e completa istruttoria della pratica oggetto della presente. Prendo atto, infine, che il Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Ufficio destinatario dei dati in oggetto, che il titolare è il Comune di Susegana, nella persona del Sindaco pro-tempore, e sono consapevole di poter esercitare presso le competenti sedi i diritti previsti dall'art. 7 del citato Decreto Legislativo 196/2003.

Susegana, _____

IL RICHIEDENTE (firma del genitore)

N.B. Il presente modulo di iscrizione è scaricabile dal sito del Comune: www.comune.susegana.tv.it e lo si può ritirare anche presso la segreteria dell'Istituto Comprensivo di Susegana.

Per qualsiasi informazione contattare l'ufficio Pubblica Istruzione allo 0438-437460 negli orari di apertura al pubblico.