



CITTÀ DI GAGLIANO DEL CAPO

Provincia di Lecce

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798326 – 0833-798323

[e-mail:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it](mailto:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it) Pec:servizisociali.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

Alla cortese attenzione dei
Sig.ri GENITORI
ALUNNI SCUOLA INFANZIA E SCUOLA PRIMARIA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "VITO DE BLASI"
GAGLIANO DEL CAPO

OGGETTO: Servizio Refezione Scolastica a.s. 2024/2025. Comunicazione relativa all'organizzazione e alle tariffe del servizio.

Si comunica che è in corso di organizzazione il servizio mensa scolastica per gli alunni della Scuola dell'Infanzia e della Scuola Primaria a tempo pieno.

Si invita a prendere visione attentamente del contenuto del modulo di iscrizione e a **restituirlo DEBITAMENTE COMPILATO in tutti i suoi campi, anche con riferimento alla eventuale DIETA SPECIALE, all'attestazione ISEE e ai relativi certificati da allegare per l'esonero dal pagamento.**

Si comunica inoltre che fino alla fine del mese di **DICEMBRE 2024**, il costo del pasto giornaliero resta invariato rispetto all'anno scolastico appena concluso ovvero per i residenti pari a € 2,60, per i non residenti in base al numero dei componenti del nucleo familiare, come riepilogato nella seguente tabella:

Tabella 1_ Tariffe refezione scolastica fino al 31 dicembre 2024 (approvate con delibera di Giunta Comunale n. 3 del 5 gennaio 2024)		
QUOTA COMPARTICIPAZIONE PER I CITTADINI RESIDENTI	QUOTA COMPARTICIPAZIONE PER I CITTADINI NON RESIDENTI	
€ 2,60 Unica tariffa	Numero figli che usufruiscono del Servizio	Tariffa per figlio
	1	€ 3,50
	2	€ 3,00
	3 o più	€ 2,60

A decorrere dal **1° GENNAIO 2025** entreranno in vigore le nuove tariffe, per residenti e non residenti, come da seguente tabella:

Tabella 2_ Tariffe refezione scolastica che entreranno in vigore dal 1° gennaio 2025 (approvate con delibera di Giunta Comunale n. 93 del 11 luglio 2024)		
	FASCE ISEE	TARIFFA A PASTO
1.	da euro 0 a euro 3.000,00	ESENTE
2.	da euro 3.000,01 a 7.000,00	€ 2,00
3.	da 7.000,01 a 15.000,00	€ 3,00
4.	oltre 15.000,01	TARIFFA INTERA (in base al costo di aggiudicazione del servizio)

Sono state previste inoltre, sempre a decorrere dal mese di **GENNAIO 2025**, le seguenti ulteriori riduzioni ed esonero dal costo del servizio (come da delibera indicata nella tabella 2):

- per i nuclei familiari con più di due figli che usufruiscono contemporaneamente del singolo servizio, una riduzione dal terzogenito in poi del **50%** del ticket del pasto;
- per gli alunni con **disabilità** che usufruiscono del servizio, riconosciuti dalle competenti autorità sanitarie "Portatori di handicaps in situazione di gravità" (art. 3 comma 3) ai sensi della Legge 104/1992 e/o "Minori invalidi con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sie età e/o con necessità di assistenza continua", **l'esonero dal pagamento.**



CITTÀ DI GAGLIANO DEL CAPO

Provincia di Lecce

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798326 – 0833-798323

[e-mail:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it](mailto:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it) Pec:servizisociali.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

Prot. n. _____

Gagliano del Capo, _____

AL COMUNE DI GAGLIANO DEL CAPO (LE)

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: MODULO RICHIESTA SERVIZIO MENSA SCOLASTICA. A.S. 2024/2025

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____ C.F. _____

e **residente** nel Comune di _____ Via _____ n. _____,

Cellulare n. _____ E-mail _____

quale genitore/esercente la patria potestà o altro (specificare _____) de _____

minor _____ di seguito indicat _____

chiede di usufruire del Servizio Mensa Scolastica:

(1)

(Cognome e Nome Minore)

nato/a a _____ il ____/____/____ C.F. _____

frequentante la Scuola:

dell'INFANZIA - **Gagliano** Classe _____ Sez _____ dell'INFANZIA - **Arigliano** Classe _____ Sez _____

PRIMARIA - Classe _____ Sez _____

RICHIESTE (barrare dieta richiesta)

Dieta ETICO RELIGIOSA Alimenti esclusi: _____

Dieta speciale (**allegare certificato medico**);

(2)

(Cognome e Nome Minore)

nato/a a _____ il ____/____/____ C.F. _____

frequentante la Scuola:

dell'INFANZIA - **Gagliano** Classe _____ Sez _____ dell'INFANZIA - **Arigliano** Classe _____ Sez _____

PRIMARIA - Classe _____ Sez _____



CITTÀ DI GAGLIANO DEL CAPO

Provincia di Lecce

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798326 – 0833-798323

[e-mail:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it](mailto:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it) Pec:servizisociali.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

RICIEDE (barrare dieta richiesta)

- Dieta ETICO RELIGIOSA Alimenti esclusi: _____
- Dieta speciale (**allegare certificato medico**);

(3)

(Cognome e Nome Minore)

nato/a a _____ il ___/___/___ C.F. _____

frequentante la Scuola:

- dell'INFANZIA -**Gagliano** Classe _____ Sez _____ dell'INFANZIA -**Arigliano** Classe _____ Sez _____
- PRIMARIA - Classe _____ Sez _____

RICIEDE (barrare dieta richiesta)

- Dieta ETICO RELIGIOSA Alimenti esclusi: _____
- Dieta speciale (**allegare certificato medico**);

(4)

(Cognome e Nome Minore)

nato/a a _____ il ___/___/___ C.F. _____

frequentante la Scuola:

- dell'INFANZIA -**Gagliano** Classe _____ Sez _____ dell'INFANZIA -**Arigliano** Classe _____ Sez _____
- PRIMARIA - Classe _____ Sez _____

RICIEDE (barrare dieta richiesta)

- Dieta ETICO RELIGIOSA Alimenti esclusi: _____
- Dieta speciale (**allegare certificato medico**);

(5)

(Cognome e Nome Minore)

nato/a a _____ il ___/___/___ C.F. _____

frequentante la Scuola:

- dell'INFANZIA -**Gagliano** Classe _____ Sez _____ dell'INFANZIA -**Arigliano** Classe _____ Sez _____
- PRIMARIA - Classe _____ Sez _____



CITTÀ DI GAGLIANO DEL CAPO

Provincia di Lecce

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798326 – 0833-798323

[e-mail:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it](mailto:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it) Pec:servizisociali.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

RICHIEDE (barrare dieta richiesta)

- Dieta ETICO RELIGIOSA Alimenti esclusi: _____
- Dieta speciale (**allegare certificato medico**);

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dagli Artt. 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, come modificati dall'art. 15 Legge n°183 del 12.11.2011:

- che il reddito ISEE quale risulta da attestazione in corso di validità allegata **obbligatoriamente** alla presente, è pari ad € _____;
- che sono presenti più di due figli che usufruiscono il servizio di refezione scolastica (indicare il nome e cognome) _____;
- che il minore che usufruisce del servizio è stato riconosciuto dalle competenti autorità sanitari "*Portatore di handicaps in situazione di gravità*" (art. 3 comma 3) ai sensi della Legge 104/1992 e/o "*Minori invalidi con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sie età e/o con necessità di assistenza continua*" (indicare il nome del minore e allegare **obbligatoriamente** il certificato) _____;

ALLEGA

- Fotocopia del documento di riconoscimento e Codice Fiscale del sottoscritto/a richiedente (**OBBLIGATORIO**);
- Fotocopia Codice Fiscale dell'alunna/o (**OBBLIGATORIO**);
- Attestazione isee (**OBBLIGATORIO**);
- Certificato disabilità del minore (solo nel caso di minore disabile);
- Certificato medico per Dieta speciale (solo nel caso di richiesta dieta speciale);

INFORMATIVA PRIVACY GDPR 2016/679

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali e, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni, come modificato da ultimo dal d.lgs. 10/08/2018 n. 101.

Gagliano del Capo, _____

FIRMA*

(Firma del genitore richiedente)

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



CITTÀ DI GAGLIANO DEL CAPO

Provincia di Lecce

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798326 – 0833-798323

[e-mail:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it](mailto:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it) Pec:servizisociali.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

N.B. La presente può essere trasmessa entro il 29 agosto 2024 per posta elettronica all'indirizzo **protocollo.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it** o presentata direttamente all'Ufficio Protocollo del Comune, nei seguenti giorni:

- lunedì, mercoledì e venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 12.00
- martedì dalle ore 16.30 alle ore 18.30

Per eventuali informazioni (nei giorni e orari predetti): Ufficio Servizi Sociali – tel. 0833-798326.