



Comune di **CONFLENTI**

DOMANDA DI AGEVOLAZIONE TARIFFARIA
SERVIZIO MENSA SCOLASTICA

Oggetto: Richiesta agevolazioni servizio mensa scolastica

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. ____ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____, in Via _____ n. _____

Tel. _____ cellulare _____

Indirizzo e-mail leggibile _____

CHIEDE

In qualità di: genitore/ _____

Per il/la bambino/a (Cognome/Nome) _____

- **La riduzione della contribuzione per il servizio mensa scolastica essendo il suo indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) in corso di validità, risultante dalla dichiarazione sostitutiva (DSU), di un importo non superiore a 7.500 EURO.**

Conflenti, _____

In fede _____

Allega:

A) ISEE in corso di Validità;

B) documento di riconoscimento