

**UFFICIO WELFARE AZIENDA SPECIALE MULTISERVIZI**

Viale Buridani, 56 - Venaria Reale

Tel.: +39 0114593082 Fax: +39 011496792

www.asmvenaria.it - welfare@asmvenaria.it

 **CITTA’ DI VENARIA REALE**

**MODULO DI ISCRIZIONE SERVIZIO DI REFEZIONE SCUOLE COMUNALI DI VENARIA REALE**

 Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte (pag. 1 e pag. 2) e presentato con una copia del codice fiscale sia dei richiedenti sia del/la figlio/a.

Eventuali variazioni successive rispetto a quanto dichiarato (ad es. indirizzo di residenza, recapito telefonico, sospensione o cancellazione dal servizio mensa, ecc.) devono essere comunicate all’ ***Ufficio Welfare*** ***dell’*** ***A.S.M.***

Il modulo deve essere inviato con conferma di lettura all’indirizzo di posta elettronica **welfare@asmvenaria.it** o consegnato presso l’***Ufficio Welfare*** ***dell’*** ***A.S.M.***

Al termine del ciclo scolastico è necessario consegnare un nuovo modulo di iscrizione.

 **IL/LA SOTTOSCRITTO/A (GENITORE 1) …………………………………………………………………………………………………………………………………………**

 **nato/a ………………………………………………...…………… il…………..…..…….. Codice Fiscale………………………………………………………………………**

 **residente in …………………..…………………..………………. via……………………………………………………………………….….…………….n……………………**

 **telefono 1…………………………..………..…….. telefono 2………………..………….…..……email………………………………………………………..……………**

 **IL/LA SOTTOSCRITTO/A (GENITORE 2) …………………………………………………………………………………………………………………………………………**

 **nato/a ………………………………………………...…………… il…………..…..…….. Codice Fiscale…………………………………………………………………….…**

 **residente in …………………..…………………..………………. via……………………………………………………………………….….…………….n…………….………**

 **telefono 1…………………………..………..…….. telefono 2………………..………….…..……email………………………………………………………..……………**

**□ CHIEDONO DI ISCRIVERE**

 **IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A ………………………………………………………………………………………………………………………..…………………….……….…**

 **nato/a ………………………………………………...…………… il…………..…..…….. Codice Fiscale…………………………………………………………………….…**

 **residente in …………………..…………………..………………. via……………………………………………………………………….….…………….n…………….………**

**AL SERVIZIO DI REFEZIONE A PARTIRE DALL’ANNO SCOLASTICO ……………/……………. PER L’INTERO CICLO DELLA SCUOLA**

**□ D’INFANZIA □ PRIMARIA □ SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

 ai fini della detrazione fiscale in sede di dichiarazione dei redditi, **richiedono che la fattura sia intestata a**:

 **□ genitore 1**

 **□ genitore 2**

 **□ entrambi i genitori**

 **dichiarano che il/la figlio/a**

* frequenterà la scuola **……….……………………………………..…….. classe/sezione ……………………………**
* nell’anno precedente ha frequentato la scuola **……….……………………………………..…….. classe/sezione …………………………..…**
* è seguito/a dai Servizi Socio-Assistenziali **□ SI □ NO**
* ha bisogno di una dieta speciale **□ SI □ NO** (se SI consegnare modulo di richiesta diete e certificato medico)

 **dichiarano** di non avere pendenze relative al pagamento delle rette del passato anno scolastico o altri debiti precedenti

 **dichiarano** di avere altri n° ……………….. figli che frequentano la mensa scolastica

 **………………………………….......................................... scuola ….……..……………………..………..……………….. classe/sezione …….....…….…..**

 **………………………………….......................................... scuola ….……..……………………..………..……………….. classe/sezione …….....…….…..**

 **………………………………….......................................... scuola …….…..…………………..…………..……………….. classe/sezione …….....…….…..**

 **dichiarano** di aver preso visione delle tariffe in vigore al momento dell’iscrizione deliberate dall’Amministrazione Comunale di Venaria Reale, di essere stati informati che le stesse sono soggette a possibili variazioni e si obbligano, in solido, a provvedere nei termini al pagamento di tutto quanto dovuto per l’utilizzo da parte dell’alunno/a dei servizi richiesti

**dichiarano** di essere consapevoli che le tariffe proporzionali al reddito per i residenti vengono applicate dalla data di consegna dell’Attestazione Isee all’Ufficio Welfare dell’Azienda Speciale Multiservizi di Venaria Reale e che gli eventuali pasti in negativo consumati anteriormente alla consegna vengono calcolati con la tariffa precedentemente applicata (massima se l’Attestazione lsee non era stata consegnata agli uffici A.S.M. o era scaduta).

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA GENITORE 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA GENITORE 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i.

All'uopo i sottoscritti dichiarano, consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 nel caso di mendaci dichiarazioni o falsità negli atti, sotto la propria responsabilità.

**DICHIARANO**

che il proprio nucleo familiare risulta così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  **PARENTELA** |  **COGNOME E NOME** |  **CODICE FISCALE** |  **PROFESSIONE** |
| 1 |  |   |  |   |
| 2 |  |   |  |   |
| 3 |  |   |  |   |
| 4 |  |   |  |   |
| 5 |  |   |  |   |
| 6 |  |   |  |   |
| 7 |   |   |  |   |
| 8 |   |   |  |   |

e si impegnano a comunicare ogni variazione rispetto a quanto dichiarato.

**Inoltre dichiarano che**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000, si informa che l'Amministrazione Comunale procederà ad idonei controlli sulla veridicità di quanto sopra dichiarato.

Fermo restando quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decadrà dal beneficio dell'ammissione ai servizi.

**ConsapevolI**

- della responsabilità penale che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e dei controlli che potranno essere eseguiti ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. al fine di accertare la veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R;

- che l’iscrizione al servizio di refezione scolastica comporta l’obbligo di pagamento delle tariffe che sono deliberate dall’Amministrazione Comunale;

- che in caso di mancato pagamento della tariffa attribuita, l’Azienda potrà procedere alla sospensione del servizio;

- che qualsiasi variazione dei dati dichiarati al momento dell’iscrizione e l’eventuale rinuncia al servizio richiesto dovranno essere tempestivamente comunicati all’Ufficio Welfare dell’ASM;

- che il/i soggetto/i che ha/hanno scelto l’intestazione delle fatture e firmato il presente modulo è/sono responsabile/i del pagamento.

**INFORMATIVA SULL’USO DEI DATI PERSONALI**

A.S.M. in qualità di titolare del trattamento La/Vi informa che i Vostri dati saranno trattati per dare esecuzione alle vostre richieste di iscrizione del servizio di refezione scolastica.

Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia, in caso di mancata comunicazione dei dati richiesti, il servizio sarà erogato sulla base delle informazioni disponibili, con imputazione esclusivamente a suo carico dei rischi e danni derivati dalla Vostra omessa fornitura delle informazioni. I Vostri dati saranno trattati con strumenti manuali nonché informatici e solo da persone autorizzate al trattamento. A.S.M. Venaria ha previsto misure adeguate per tutelare i vostri dati ai sensi dell’art 32 del Reg. Eu. I Vostri dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario per perseguire le finalità sopra indicate. Per finalità contabili e fiscali i dati saranno conservati per 10 anni salvo obblighi di legge e/o l’esercizio di diritti anche in sede giudiziale da parte del Titolare. Potrà/Potrete, in ogni momento, esercitare i diritti a Voi riconosciuti, in particolare: di accesso, di rettifica, alla cancellazione, alla limitazione del trattamento, alla portabilità, di opposizione scrivendo a infoedatabreach@asmvenaria.it oppure al dpo designato dpo@asmvenaria.it per di più veda il sito [www.asmvenaria.it](http://www.asmvenaria.it)

Preso atto dell’informativa, il/la sottoscritto/a

**nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ avente potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **acconsente non acconsente al trattamento dei dati del minore per le finalità sopra illustrate**

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA GENITORE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**