DA CONSEGNARE ENTRO IL 30/04/2024
MAIL: protocollo@comune.sanpolodenza.re.it
TEL: 0522/241755 – 735 - FAX: 0522/874867

Comune di San Polo d'Enza

Provincia di Reggio Emilia

ISCRIZIONE SERVIZI SCOLASTICI

ANNO SCOLASTICO 2024/2025

Genitore intestatario avvisi di pagamento (Contribuente)

Il/la sottoscritto/a _____nato/a il _____
a _____ Residente a_____
in Via _____ Codice Fiscale _____
Cell._____ Mail_____

Altro genitore

Il/la sottoscritto/a _____nato/a il _____
a _____ Residente a_____
in Via _____ Codice Fiscale _____
Cell._____ Mail_____

Il **cambio di residenza** deve essere tempestivamente comunicato all'Ufficio Scuola del Comune.

CHIEDONO per i seguenti figli

(1° figlio/a)
Nome e Cognome_____
Nato/a a _____il _____ residente a_____
in Via_____ Codice Fiscale_____
iscritto/a per l'a.s. 2024/2025 alla classe/sezione_____ della Scuola_____
☐ **MENSA SCOLASTICA** ☐ **PRESCUOLA**
☐ **TRASPORTO A/R** ☐ **TRASPORTO solo A** ☐ **TRASPORTO solo R**

(2° figlio/a)
Nome e Cognome_____
Nato/a a _____il _____ residente a_____
in Via_____ Codice Fiscale_____
iscritto/a per l'a.s. 2024/2025 alla classe/sezione_____ della Scuola_____
☐ **MENSA SCOLASTICA** ☐ **PRESCUOLA**
☐ **TRASPORTO A/R** ☐ **TRASPORTO solo A** ☐ **TRASPORTO solo R**

(3° figlia/o)
Nome e Cognome_____
Nato/a a _____il _____ residente a_____
in Via_____ Codice Fiscale_____
iscritto/a per l'a.s. 2024/2025 alla classe/sezione_____ della Scuola_____
☐ **MENSA SCOLASTICA** ☐ **PRESCUOLA**
☐ **TRASPORTO A/R** ☐ **TRASPORTO solo A** ☐ **TRASPORTO solo R**

☐ Per presa visione del **regolamento del servizio di trasporto.**

Se possessori di ISEE inferiore ad € 7.000, CHIEDONO che venga applicata

❒	**TARIFFA AGEVOLATA PER LA MENSA** in base al reddito determinata ai sensi dei DD. L. gs. 109/98 e 130/2000	Valore **ISEE** in Euro	**Rilasciata in data** __|__|/|__|__|/|__|__|__|__

CHIEDONO INOLTRE L'ADDEBITO IN C/C (SSD CORE) per il pagamento del servizio

SPAZIO A) DATI RELATIVI ALLA BANCA DEL DEBITORE

Banca_____ Agenzia di_____

Coordinate bancarie del c/c da addebitare (Codice IBAN):

_____

N.B. Allegare copia coordinate bancarie

SPAZIO B) DATI RELATIVI ALL'INTESTATARIO C/C

Cognome_____

Nome_____

CODICE FISCALE_____

N.B. Allegare copia codice fiscale

Adesione

La sottoscrizione del presente mandato comporta l'autorizzazione al Comune di San Polo D'Enza – Servizio Politiche Scolastiche a richiedere alla Banca del debitore l'addebito del suo conto e l'autorizzazione alla Banca del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Comune di San Polo D'Enza – Servizio Politiche Scolastiche.

Firma del sottoscrittore_____

AUTORIZZANO il Comune all'utilizzo del seguente indirizzo mail:

_____

per l'invio degli **avvisi di pagamento dei servizi scolastici**

Con La sottoscrizione del presente modulo i genitori si impegnano solidalmente al pagamento dei servizi oggetto della richiesta. Il richiedente dichiara di essere a conoscenza che, nel caso di attribuzione della tariffa agevolata, ai sensi dell'art.4 comma 8 del D. Lgs. 109/98 e successive modificazioni, possono essere eseguiti controlli, anche da parte della Guardia di Finanza, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati presso gli istituti di credito o altri intermediari finanziari.

I sottoscritti dichiarano di essere informati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati), che i dati personali, anche sensibili, volontariamente forniti e necessari per il presente procedimento amministrativo, saranno trattati dai dipendenti del Comune in base al vigente Regolamento sui dati sensibili, anche con strumenti informatici, soltanto ai fini per i quali è resa questa dichiarazione; il Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di San Polo D'Enza.
Per ulteriori informazioni si visiti la sezione dedicata del sito:
http://www.comune.sanpolodenza.re.it/Sezione.jsp?titolo=privacy&idSezione=4083&lookfor=informativa

Data _____ I Dichiaranti

_____

_____