

Al Comune di Maglione

Invio solo tramite Pec al seguente indirizzo: protocollo.maglione@cert.ruparpiemonte.it
Presentazione Ufficio Protocollo il Lunedì e Mercoledì dalle ore 10.00 alle ore 12.00,
il Martedì dalle 14.00 alle 16.00, Giovedì dalle ore 10.00 alle ore 12.00 e dalle 14.00 alle 16.00.

SCADENZA: Lunedì 9 dicembre 2025 (ore 12.00)

BANDO PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI PER LE FAMIGLIE A SOSTEGNO DEL PAGAMENTO DELLE TARIFFE PER I BUONI PASTO RELATIVI ALL'A.S. 2024/2025
--

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il/...../..... C.F.
residente nel Comune di Maglione (TO), Via/Piazza, n
tel./cellulare Indirizzo email
in qualità di genitore dell'allievo frequentante
del Comune di con frequenza:

☐ Tempo pieno ☐ Part-time

CHIEDE

Di poter beneficiare del contributo per le spese relative al costo del buono pasto per l'anno scolastico 2024/2025.

A tal fine, consapevole del fatto che, in caso di dichiarazioni mendaci, verranno applicate nei propri riguardi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, le sanzioni previste dal vigente Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti;

DICHIARA

- ☐ di aver preso visione del “*BANDO PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI PER LE FAMIGLIE A SOSTEGNO DEL PAGAMENTO DELLE TARIFFE PER I BUONI PASTO RELATIVI ALL'A.S. 2024/2025*”;
- ☐ di essere in possesso dei requisiti per l'accesso ai contributi destinati alle famiglie per il pagamento delle tariffe per i buoni pasto per i buoni pasti relative all'a.s. 2024/2025;

In particolare dichiara di:

- ☐ Avere la cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all'Unione Europea o di uno Stato non aderente all'Unione Europea ed essere in regola con le vigenti norme in materia di immigrazione.
- ☐ Avere la residenza anagrafica nel Comune di Maglione.
- ☐ Avere la responsabilità genitoriale.
- ☐ che il proprio figlio/a (cognome e nome)

nato/a a il

ha frequentato il

del Comune di _____

per l'anno scolastico 2024/2025;

DICHIARA ALTRESÌ

Che la propria situazione nel periodo dal 01.09.2024 fino al 30.06.2025 è la seguente:

A.S. 2024/2025 Mese	Numero pasti sostenuti	Importo costo servizio sostenuto a pasto	Totale mensile del costo sostenuto
Settembre			
Ottobre			
Novembre			
Dicembre			
Gennaio			
Febbraio			
Marzo			
Aprile			
Maggio			
Giugno			
TOTALE		////////////////////	

N.B.: NON sono rimborsabili i costi dei servizi riferiti senza la ricevuta dell'avvenuto pagamento.

Chiede che l'importo concesso sia accreditato sul seguente conto corrente bancario/postale o carta, intestato al richiedente, individuato come ☐ Bancario ☐ Postale:

intestato a

IBAN

PAESE		CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE
:			:	:	:

Allega alla presente domanda:

- 1) copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità;
- 2) ricevute di pagamento o attestazioni di pagamento rilasciate dal comune sede del plesso scolastico;

Dichiara di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile sul sito istituzionale del Comune di Maglione, ai sensi dell'art. 13 e seguenti del Regolamento EU 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa. Conferisce il proprio consenso per il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del Regolamento EU 2016/679, ai soli fini dell'espletamento della procedura di attribuzione del beneficio in oggetto.

Luogo e data

Firma

.....