**SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA – Abbattimento costo rette a.s. 2025/2026 –**

**SCUOLA INFANZIA E PRIMARIA**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………………………………….….

residente a …………………………………………. Via/P.zza ………………………………………………………………….

Telefono……………………………………………. E-mail ………………………………………………………….…………..

in qualità di genitore o legale rappresentante del/i minore/i (indicare dal figlio maggiore):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | COGNOME |  |

frequentante la classe ……………………………..……… della Scuola dell’Infanzia Statale Scuola Primaria

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | COGNOME |  |

frequentante la classe ……………………………..……… della Scuola dell’Infanzia Statale Scuola Primaria

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | COGNOME |  |

frequentante la classe ……………………………..……… della Scuola dell’Infanzia Statale Scuola Primaria

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | COGNOME |  |

frequentante la classe ……………………………..……… della Scuola dell’Infanzia Statale Scuola Primaria

**CHIEDE**

La riduzione del buono pasto per fascia di reddito ISEE inferiore a 25.000,00 Euro per l’anno scolastico 2025/2026

**E DICHIARA**

Di appartenere alla seguente fascia di reddito ISEE (apporre una X al caso corrispondente):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ***Da €*** | ***A €*** | ***Costo del buono pasto*** | |
|  |  |  |  | *1° figlio* | *figli successivi* |
|  |  | 0,00 € | 5.000,00 € | esente | Esente |
|  |  | 5.001,00 € | 15.000,00 € | 4,32 € | 3,67 € |
|  |  | 15.001,00 € | 25.000,00 € | 5,02 € | 4,42 € |

ALLEGA:

* Fotocopia della carta d’identità
* Certificazione ISEE

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_