



ANNO FORMATIVO _____
DOMANDA DI ESENZIONE TARIFFARIA SCUOLA DELL'INFANZIA/MENSA
BAMBINI CON HANDICAP

Il/La sottoscritto/a: _____

nato/a il: _____ a: _____

codice fiscale: _____

In qualità di esercente responsabilità genitoriale sul/la proprio/a figlio/a (nome e cognome):

Iscritto/a alla scuola dell'infanzia: _____

Iscritto/a alla seguente scuola: _____

richiede

l'esenzione dal pagamento della retta di frequenza della scuola o della retta di frequenza del servizio di refezione scolastica ai sensi delle deliberazioni della Giunta Comunale per bambini handicappati ai sensi dell'art. 4 della legge del 05 febbraio 1992, n. 104.

Il/La sottoscritto/a è consapevole della responsabilità penali di cui all'art. 76 del D.P.R 28 Dicembre 2000, n. 445 e ss.mm; in relazione al rilascio di dichiarazioni mendaci, alla formazione ed all'uso di atti falsi, all'esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità,

dichiara di essere residente a: _____

indirizzo: _____

recapito telefonico: _____

indirizzo e-mail: _____

Allegato: Verbale di visita collegiale per l'accertamento dell'handicap ai sensi dell'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104

luogo e data

firma del/la richiedente