Al Comune di Ardara
Settore Pubblica Istruzione
Piazza Municipio, 1 07010 – ARDARA (SS)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente in Ardara, in Via/Piazza/Loc./Reg. _____

telefono _____

in qualità di (*barrare la casella appropriata*):

genitore tutore affidatario

CHIEDE

L'esonazione totale dal pagamento della retta del servizio di refezione scolastica del minore _____ nato/a a _____ il _____ residente in Ardara, in Via/Piazza/Loc./Reg. _____ per l'A.S. 2025/2026, in quanto affetto da disabilità certificata ai sensi dell'art. 3, commi 1 e 3, della L. 104/92.

A tal fine allega:

- Certificazione in versione "*omissis*" rilasciata dalla commissione medica competente attestante la disabilità e indicante i soli riferimenti normativi, nel rispetto della normativa vigente sulla protezione dei dati, ai sensi dell'art. 4 del decreto legge n. 5/2012.
- Copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità.

Ardara, li _____

IL DICHIARANTE