

Al Comune di Ardara
Settore Amministrativo – Contabile
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 di interesse*):

☐ genitore ☐ tutore ☐ affidatario

CHIEDE

L'esenzione 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
