

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
recapiti telefonici \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante, per l'anno scolastico 2025-2026, la classe \_\_\_\_\_  
della Scuola: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per il/la proprio/a figlio/a, per l'anno scolastico 2025/2026 l'**esonero** dal pagamento dei seguenti servizi:

**trasporto scolastico**

**mensa scolastica**

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

**DICHIARA**

di essere nella seguente condizione:

- 1.** di avere diritto all'esenzione in quanto la richiesta è effettuata per alunno diversamente abile in situazione di gravità (L.104/92 art.3 c.3) accertata e certificata dal competente Ufficio Sanitario dell'A.S.L., appartenente a nucleo familiare il cui valore ISEE non risulti superiore a euro 6.440,00;
- 2.** di avere diritto all'esenzione in quanto la richiesta è effettuata per alunno orfano di uno o entrambi i genitori o con un solo genitore appartenente a nucleo familiare il cui valore ISEE non risulti superiore a euro 6.440,00;
- 3.** di avere diritto all'esenzione in quanto la richiesta è effettuata per alunno in affido a seguito di decreto del Tribunale dei minori;
- 4.** di avere diritto all'esenzione in quanto la richiesta è effettuata per alunno appartenente a nucleo familiare con ISEE fino a € 1.000 in condizioni di grave disagio socio-economico-ambientale.

Il richiedente

## **A U T O R I Z Z A**

gli Enti attuativi degli interventi al trattamento dei dati contenuti nelle dichiarazioni rese per le finalità e modalità di servizio, ai sensi delle disposizioni di cui al Codice in materia di protezione dei dati personali, emanato con D.Lgs 30/06/2003 n. 196 e del Reg. UE 679/2016.

- Allega: copia di documento di identità in corso di validità.
- copia attestazione Isee in corso di validità;
- documentazione medica dell' A.S.L. (per il caso sub □ 1.)

Faicchio \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_