

# COMUNE DI CORSANO

Provincia di Lecce

73033 via Della Libertà – Tel. 0833/531170 – 531190 – Fax. 0833/531122

## **MODULO PER RICHIEDERE L'ESENZIONE DEL PAGAMENTO DEL SERVIZIO MENSA E/O DEL SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO**

**AI SENSI DELLA L. 104/1992 E/O "MINORI INVALIDI CON DIFFICOLTÀ PERSISTENTI A SVOLGERE I COMPITI E LE FUNZIONI PROPRIE DELLA SUA ETÀ E/O CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA CONTINUA NON ESSENDO IN GRADO DI COMPIERE GLI ATTI QUOTIDIANI DELLA VITA".**

I/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - C.F. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_, Tel. Abit. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
E mail \_\_\_\_\_

quale genitore/ esercente la capacità genitoriale de \_\_ minor \_\_ sotto indicat \_\_

NOME E COGNOME DELL'ALUNNO/A:  
DATA DI NASCITA DELL'ALUNNO/A:  
CLASSE E SCUOLA FREQUENTATA:

NOME E COGNOME DELL'ALUNNO/A:  
DATA DI NASCITA DELL'ALUNNO/A:  
CLASSE E SCUOLA FREQUENTATA:

NOME E COGNOME DELL'ALUNNO/A:  
DATA DI NASCITA DELL'ALUNNO/A:  
CLASSE E SCUOLA FREQUENTATA:

## **CHIEDE DI USUFRUIRE DELL'ESENZIONE DEL PAGAMENTO DEL SEGUENTE SERVIZIO:**

- MENSA SCOLASTICA
- TRASPORTO SCOLASTICO

**E' OBBLIGATORIO AI FINI DELL'ESONERO ALLEGARE CERTIFICAZIONE CHE ATTESTA IL BENEFICIO DELLA LEGGE 104/1992 E/O "MINORI INVALIDI CON DIFFICOLTÀ PERSISTENTI A SVOLGERE I COMPITI E LE FUNZIONI PROPRIE DELLA SUA ETÀ E/O CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA CONTINUA NON ESSENDO IN GRADO DI COMPIERE GLI ATTI QUOTIDIANI DELLA VITA".**

**IN ASSENZA DI DOCUMENTAZIONE ALLEGATA L'UFFICIO NON Può PROCEDERE CON L'ITER DI COMPETENZA.**

DATA

FIRMA