

Al Comune di Sequals
Ufficio Segreteria
Tel. 0427 789111 - Fax. 0427 938855
segreteria@comune.sequals.pn.it

da inviare entro il 30 luglio

OGGETTO: iscrizione al servizio di mensa scolastica a. s. _____

Il sottoscritto/a _____

Residente a _____ Via _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ Cell _____

E-mail _____

CHIEDE

Di potere iscrivere il proprio *figlio/a* al Servizio di Refezione Scolastica per l'anno scolastico

Cognome e nome _____

Nato a _____ il _____

Residente

a _____ cap _____ via _____

Codice fiscale _____

Frequentante la classe _____ sezione _____

Scuola _____

Dichiara di impegnarsi ad effettuare i pagamenti con le tariffe, le modalità ed i termini stabiliti dell'Amministrazione Comunale.

Dichiara di essere consapevole che in caso di mancato pagamento entro i termini stabiliti, l'Amministrazione comunale provvederà al recupero delle somme dovute mediante un primo avviso con raccomandata A.R., cui seguirà, in caso di ulteriore inadempienza, l'automatica iscrizione a ruolo per la riscossione coattiva in unica soluzione, Secondo le norme previste dal DPR 28.01.1988 n. 43 e dal DPR 02.09.1973 n. 602 e s.m.i., maggiorata di tutte le spese per la riscossione, nonché di quelle sostenute per la riscossione, per quelle sostenute per le procedure esecutive e gli interessi per il ritardato pagamento a norma degli artt. 1219 e 1245 del codice civile (interessi legali).

Data

Firma del genitore

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che il Comune di Sequals può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" art.18). Il conferimento dei dati è obbligatorio pena l'esclusione dall'erogazione del servizio