



# COMUNE DI AMBIVERE

## Provincia di Bergamo

**SETTORE AA.GG.- Ufficio Scuola**  
Via Dante Alighieri n. 2 - 24030 Ambivere  
Tel. 035 908024 Int. 4 - e-mail: [scuola@comune.ambivere.bg.it](mailto:scuola@comune.ambivere.bg.it)  
Codice Fiscale 91026230168 - P.I.V.A. 02823100165 - C.C.P. 14094247

Ambivere li 28/05/2018

**AI GENITORI  
DEGLI ALUNNI  
della SCUOLA PRIMARIA DI  
AMBIVERE**

**Oggetto: SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA – A.S. 2018/2019**

Il servizio di refezione scolastica sarà attivo nelle giornate di LUNEDI' e MERCOLEDI ed è in corso la gara per l'affidamento dell'appalto per l'anno scolastico 2018/2019.

L'iscrizione al servizio dovrà pervenire **ENTRO E NON OLTRE IL 29 GIUGNO 2018** consegnando i moduli allegati, adeguatamente compilati, presso **l'Ufficio Scuola del Comune di Ambivere (piano terra) da lunedì a venerdì dalle 10.00 alle 13.00 (mercoledì anche dalle 15.00 alle 17)**.

**CRITERI DI ISCRIZIONE:**

- **QUOTA CAUZIONALE di € 30,00 da versare al momento dell'iscrizione**  
Tale quota sarà trattenuta dal Comune per gli utenti che risultino assenti dal servizio mensa, senza adeguata motivazione, per un numero di giornate superiore ad un terzo di quelle di funzionamento. Agli utenti che non supereranno tali assenze la quota sarà rimborsata alla fine dell'anno scolastico. **ATTENZIONE: PER CHI HA GIA' VERSATO LA CAUZIONE LO SCORSO ANNO E NON È SOGGETTO ALLA TRATTENUTA DELLA QUOTA, SARA' RITENUTA VALIDA LA QUOTA GIA' VERSATA.**
- **GRADUATORIA CON REQUISITI**  
Nel caso le domande pervenute, superino il numero massimo consentito di posti verrà stilata una graduatoria sulla base dei seguenti requisiti e del loro relativo punteggio:
  - *casi particolari segnalati dal servizio sociale del Comune* *punti 30*
  - *residenza dell'alunno alle frazioni di Ambivere o fuori paese* *punti 20*
  - *lavoro di entrambi i genitori* *punti 15*
  - *ulteriori fratelli o sorelle iscritte al servizio di refezione scolastica* *punti 10*

**Coloro che presenteranno la domanda di ammissione al servizio in ritardo rispetto alla scadenza stabilita, saranno collocati in fondo alla graduatoria, in ordine di data di presentazione delle domande**

**Si invitano, pertanto caldamente i genitori ad iscrivere i propri figli solo se usufruiranno effettivamente del servizio e a rispettare il termine stabilito (29.06.2018).**

La data di avvio del servizio verrà comunicata dalle Istituzioni Scolastiche nel mese di settembre, dopo l'inizio dell'anno scolastico e coinciderà con il primo lunedì in cui è previsto il rientro pomeridiano.

**Il costo del servizio a carico delle famiglie, considerato l'attuale adeguamento degli indici ISTAT e sulla base della Deliberazione della G.C. n. 32 del 28.03.2018**



- € 4,30 – 1° FIGLIO;
- € 3,00 – 2° FIGLIO UTENTE SERVIZIO MENSA (riduzione del 30%)
- € 2,10 – 3° FIGLIO UTENTE SERVIZIO MENSA (riduzione del 50%)

Si precisa infine che:

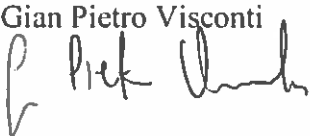
- **Più figli frequentati il servizio di refezione scolastica:** In caso di richiesta di riduzione della quota di iscrizione e del costo a pasto per la presenza di **due o più figli** dovrà essere presentato anche **l'allegato B**
- **Intolleranze alimentari o allergie che necessitano una dieta personalizzata:** Dovrà essere compilato **l'allegato C**, utilizzando il modulo specifico fornito dall'ATS di Bergamo, che dovrà essere corredato da certificazione medica attestante il problema alimentare. Si informa che il Comune dovrà trasmettere tale modulo con la documentazione medica all'ATS di Bergamo per la gestione delle diete speciali, come previsto dal nuovo protocollo operativo. N.B. l'ATS non accetterà richieste di dieta speciale pervenute direttamente dalla famiglia. Saranno accettate solo quelle trasmesse dall'Ufficio Scuola del Comune.
- **Esigenze religiose ed ideologiche:** dovrà essere compilato **l'allegato D**.
- **Quota cauzionale:** SOLO PER GLI ISCRITTI ALLA CLASSE PRIMA O SOGGETTI ALLA TRATTENUTA DELLA CAUZIONE, alla domanda di iscrizione dovrà essere allegata la ricevuta di avvenuto pagamento della **quota cauzionale di € 30,00**, da effettuarsi con modulo predisposto (**allegato E**), presso la Tesoreria Comunale – Banca INTESASANPAOLO – Sportello di Mapello

Per ulteriori informazioni ed assistenza è possibile rivolgersi alla referente dell'Ufficio Scuola del Comune di Ambivere – dott.ssa Monica Paparella-035/908024 int. 4

IL SINDACO  
Dott. Silvano DONADONI



L'ASSESSORE ALL'ISTRUZIONE  
Gian Pietro Visconti



Anno scolastico 2018/2019  
**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
**SERVIZIO di REFEZIONE SCOLASTICA**  
Scuola Primaria di Ambivere

Il/la sottoscritto/a .....  
Residente a .....  
In via/ piazza.....n.....  
Tel.....

**CHIEDE**

di poter iscrivere il /la/i proprio/a/i figlio/a/i al Servizio di Refezione Scolastica presso la Scuola Primaria di Ambivere.

Nome e Cognome dell'Alunno	Data di Nascita	Classe nell' a.s. 2018/2019

**DICHIARA**

- Di essere residente alle frazioni di Ambivere      SI      NO
- Che entrambi i genitori svolgono attività di lavoro o di impresa al momento della presentazione della domanda      SI      NO
- Che anche un altro figlio /figlia usufruisce del servizio mensa presso la Scuola Primaria di Ambivere      SI      NO

Data .....

IL GENITORE DICHIARANTE

.....

Si informa che ai sensi dell'art.13 del D.lgs n. 196/2003 il Comune di Ambivere tratterà, conserverà e trasmetterà agli uffici appositi i dati personali acquisiti solo a fini istituzionali

---

**DA CONSEGNARE ALL'UFFICIO SCUOLA DEL COMUNE DI AMBIVERE**  
**ENTRO E NON OLTRE VENERDI' 29 GIUGNO 2018 ALLE ORE 13.00**  
**INSIEME ALLA RICEVUTA DI PAGAMENTO DELLA QUOTA CAUZIONALE DI 30,00 €**  
**(SOLO PER ISCRITTI ALLA CLASSE PRIMA O SOGGETTI ALLA TRATTENUTA)**



**ALLEGATO B**

**Anno Scolastico 2018/2019**

**RICHIESTA RIDUZIONE DEL COSTO A PASTO PER ULTERIORI FIGLI  
FREQUENTANTI IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA PRESSO LA SCUOLA  
PRIMARIA DI AMBIVERE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera(art.75-DPR.445/200).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi del D.Lgs 196/2003

**DICHIARA CHE**

Altri figli, oltre al primo, frequentano il Servizio di Refezione Scolastica della Scuola Primaria di Ambivere e pertanto hanno il diritto di **usufruire delle riduzioni previste all'articolo 9 del Regolamento del Servizio di Refezione Scolastica**

Indicare i dati degli altri figli frequentanti il servizio:

Nome e Cognome dell'alunno	Data di Nascita	Classe nell'a. s. 2018/2019

Ambivere, lì.....

IL DICHIARANTE

.....

**Si allega alla presente copia del documento di identità del dichiarante**



# ALLEGATO C

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Bergamo

**Spett.le ATS**  
di Bergamo  
Settore di Prevenzione  
Ufficio di Sanità Pubblica

## **RISTORAZIONE SCOLASTICA RICHIESTA DI DIETA PERSONALIZZATA** da compilare da parte del genitore

Cognome e nome del/la bambino/a \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Frequentante nell'a.s. 2018/2019 la classe \_\_\_\_\_ della Scuola Primaria di Ambivere

Via Dante 12, 24030 Ambivere (BG) – tel 035/908627

### **EVENTUALI ULTERIORI COMUNICAZIONI**

Si ricorda che per poter procedere alla predisposizione di una dieta personalizzata, è necessario acquisire gli esiti (che dovranno essere allegati) degli accertamenti che hanno condotto alla diagnosi di allergia e/o altro disturbo dell'alimentazione

---

---

---

---

**E' ASSOLUTAMENTE INDISPENSABILE  
ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO**  
e compilare il modulo in tutte le sue parti e in modo LEGGIBILE

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

---





**ALLEGATO D**

All'Ufficio Scuola  
del Comune di Ambivere

**Anno Scolastico 2018/2019**  
**COMUNICAZIONE DI ESIGENZE RELIGIOSE**  
**ED IDEOLOGICHE**  
**Servizio di Refezione Scolastica**  
**Scuola Primaria di Ambivere**

Il/la sottoscritto/a .....

Residente a .....

In via/ piazza.....n.....

Tel.....

**DICHIARA**

Che il proprio/a figlio/a.....

Nato/a a .....il.....

Frequentante la classe.....

- Esige menù alternativo per fattori religiosi o ideologici.

(specificare il tipo di esigenza).....

Data.....

IL GENITORE DICHIARANTE

.....

Si informa che ai sensi dell'art.13 del D.lgs n. 196/2003 il Comune di Ambivere tratterà, conserverà e trasmetterà agli uffici appositi i dati personali acquisiti solo a fini istituzionali



## ALLEGATO E

### **MODULO DI PAGAMENTO QUOTA CAUZIONALE SERVIZIO DI MENSA SCOLASTICA SCUOLA PRIMARIA DI AMBIVERE A.S. 2018/2019**

---

#### **Esercizio 2018**

Il Tesoriere Comunale – BANCA INTESA SANPAOLO – Mapello - riscuoterà

dal Sig. \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno \_\_\_\_\_

la somma di **EURO 30,00** a titolo di QUOTA CAUZIONALE PER SERVIZIO DI REFEZIONE  
SCOLASTICA A.S. 2018/2019

---

#### **Esercizio 2018**

Il Tesoriere Comunale – BANCA INTESA SANPAOLO – Mapello - riscuoterà

dal Sig. \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno \_\_\_\_\_

la somma di **EURO 30,00** a titolo di QUOTA CAUZIONALE PER SERVIZIO DI REFEZIONE  
SCOLASTICA A.S. 2018/2019

---

#### **Esercizio 2018**

Il Tesoriere Comunale – BANCA INTESA SANPAOLO – Mapello - riscuoterà

dal Sig. \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno \_\_\_\_\_

la somma di **EURO 30,00** a titolo di QUOTA CAUZIONALE PER SERVIZIO DI REFEZIONE  
SCOLASTICA A.S. 2018/2019

