

Oggetto: Richiesta di valutazione Servizi Sociali

da presentare entro il 30/09/2026

Il/la
sottoscritto/a.....nato/a.....
.....il.....
residente in Via
tel. Cell.....

CHIEDE

ai sensi delle Deliberazioni della Giunta dell'Unione Comunale _____

ESONERO TOTALE DAL PAGAMENTO DEI SERVIZI SCOLASTICI ANNO SCOLASTICO 2026-2027:

☐ refezione scolastica ☐ colazione ☐ trasporto scolastico

per i seguenti figli:

COGNOME E NOME	Scuola e plesso che frequenterà anno scolastico 2026-2027	CLASSE	TRASPORTO	REFEZIONE	COLAZIONE

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, di trovarsi nelle seguenti condizioni:

1) NUCLEO FAMILIARE

NOMINATIVO	Grado di parentela	Età	Attività professionale	Reddito mensile

Valore ISEE riferito all'anno 2026 _____ Data ISEE: _____

2) CONDIZIONI ECONOMICHE

La famiglia sostiene le seguenti spese fisse mensili:



Società della Salute Fiorentina Sud Est

Piazza della Vittoria 1 – 50012 Bagno a Ripoli (FI)

Via di Antella 58, Loc. Ponte a Niccheri – 50012 Bagno a Ripoli (FI)

C. F. 94297490487 – P. IVA 07179170480

- Affitto € _____
- Mutuo € _____

3) CONDIZIONI ABITATIVE

- Tipo di abitazione _____
- Contesto: Condominio ☐ Casa Indipendente ☐ Casa Rurale ☐
- N° vani _____ Servizi Igienici _____
- Proprietà ☐ Usufrutto ☐ A titolo gratuito ☐ Affitto da Pubblico ☐ Affitto da Privato ☐
In atto sfratto ☐

Altre proprietà immobiliari _____

1) CONDIZIONI DI SALUTE

Richiedente

Percentuale di invalidità riconosciuta: _____ % Tipo di invalidità _____

Indennità di accompagnamento: Presente ☐ Assente ☐

Handicap: no ☐ sì ☐ con gravità ☐

Altri componenti nucleo familiare (conviventi)

Percentuale di invalidità riconosciuta: _____ % Tipo di invalidità _____

Indennità di accompagnamento: Presente ☐ Assente ☐

Handicap: no ☐ sì ☐ con gravità ☐

Il sottoscritto dichiara di usufruire delle seguenti prestazioni a sostegno del nucleo: _____

Il sottoscritto dichiara inoltre _____

1. di avere/ non aver provveduto a vendite immobiliari, fondiari, di esercizi commerciali (in caso affermativo specificare)
- 2) di avere/non avere successioni aperte (in caso affermativo specificare)
- 3) di essere proprietario dei seguenti autoveicoli, barche, camper, roulotte, ecc.. (indicare modello, cilindrata e data di immatricolazione)

(luogo, data)(firma).....

Si allega:

4) copia di un documento di identità in corso di validità;

5) copia certificazione ISEE

Società della Salute Fiorentina Sud Est

Sede Operativa Comune di Barberino Tavarnelle: Via B.Naldini, 44 – 50028 Barberino Tavarnelle (FI)

Tel. 0558052520 . – PEC: sdsfirenzesudest@postacert.toscana.it