



COMUNE di CASTROCIELO

Provincia di Frosinone

Via Roma n. 44 - 03030 Castrocielo - tel. 0776/79001 - fax 0776/79822 - P.iva 01806100606
sito www.comune.castrocielo.fr.it

Allegato 3)

RICHIESTA DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DELLA RETTA PER REFEZIONE SCOLASTICA – A.S. 2025/2026

Il/la sottoscritt_ _____, residente a _____ (FR)

Via _____ tel. _____ / _____ cell. _____

genitore del/la bambino/a _____ nato/a a _____

(_____) il _____, iscritto alla:

☐ Scuola dell'Infanzia

CAPOLUOGO

STRADA
ROMANA

☐ Scuola Primaria

C H I E D E

che il/la proprio/a figlio/a venga esonerato dal pagamento della retta in quanto di possesso di L. 104/92 – ART. 3 – COMMA 3.

Si allega certificazione dell'handicap, in corso di validità, rilasciata dalla competente Commissione medica della A.S.L. ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92.

Autorizzo ai sensi del Regolamento dell'Unione Europea n. 679/2016 il trattamento dei dati personali forniti per accedere al servizio di refezione per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui alla presente richiesta

Castrocielo, _____

Firma
