



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

POLO CHIANTI

Oggetto: Richiesta di valutazione Servizi Sociali

da presentare entro il 30/09/2025

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 2025-2026:

refezione scolastica colazione trasporto scolastico

per i seguenti figli:

COGNOME E NOME	Scuola e plesso che frequenterà anno scolastico 2025-2026	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 2023 _____ Data ISEE: _____

Società della Salute Fiorentina Sud Est

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

Tel. 0558052520 . – E-mail: urp@barberinotavarnelle.it PEC:
barberinotavarnelle@postacert.toscana.it



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

POLO CHIANTI

2) CONDIZIONI ECONOMICHE

La famiglia sostiene le seguenti spese fisse mensili:

- 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 . - E-mail: urp@barberinotavarnelle.it PEC:

barberinotavarnelle@postacert.toscana.it