



BILDUNGSJAHR - ANNO FORMATIVO			
ANTRAG UM TARIFBEFREIUNG KINDERGARTEN/MENSA KINDER MIT BEHINDERUNG DOMANDA DI ESENZIONE TARIFFARIA SCUOLA DELL'INFANZIA/MENSA BAMBINI CON HANDICAP			
DER/DIE UNTERFERTIGTE IL/LA SOTTOSCRITTO/A			
Vorname – Nome		Nachname - Cognome	
Geburtsdatum – data di nascita			
Geburtsgemeinde – luogo di nascita		Steuernummer – codice fiscale	
Straße - via			
Hausnr. - n. civico	PLZ - CAP	Gemeinde - Comune	
Telefon-/Handynr. - n. di telefono/di cellulare			
E-Mail		Zertifizierte E-Mail – posta elettronica certificata	
In seiner/ihrer Eigenschaft als Elternteil, der die elterliche Verantwortung gegenüber seinem Sohn bzw. seiner Tochter ausübt		Vor- und Nachname - nome e cognome	
In qualità di esercente responsabilità genitoriale sul/la proprio/a figlio/a			
☐ eingeschrieben im Kindergarten: Iscritto/a alla scuola dell'infanzia:			
☐ eingeschrieben in folgender Schule: Iscritto/a alla seguente scuola:			
Beantragt		richiede	
die Befreiung von der Bezahlung der Kindergartenbesuchsgebühr bzw. der Mensagebühr laut gelten-den Beschlüssen des Stadtrates für Kinder mit Behinderungen (gemäß Art. 4 des Gesetzes vom 05. Februar 1992, Nr. 104).		l'esenzione dal pagamento della retta di frequenza della scuola o della retta di frequenza del servizio di refezione scolastica ai sensi delle deliberazioni della Giunta Comunale per bambini handicappati ai sensi dell'art. 4 della legge del 05 febbraio 1992, n. 104.	
Der/Die Antragsteller/in ist sich bewusst, dass im Falle unwahrer Erklärungen oder der Vorlage falscher Ur-kunden er/sie den strafrechtlichen Folgen gemäß Art. 76 des D.P.R. 28/12/2000, Nr. 445 in geltender Fassung unterliegt und		Il/La sottoscritto/a è consapevole della responsabilità penali di cui all'art. 76 del D.P.R 28 Dicembre 2000, n. 445 e ss.mm; in relazione al rilascio di dichiarazioni mendaci, alla formazione ed all'uso di atti falsi, all'esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità,	
erklärt		dichiara	
in der Gemeinde ansässig zu sein		dichiara di essere residente a:	
Adresse:		Indirizzo:	
Telefonnummer:		recapito telefonico:	
e-Mail-Adresse:		indirizzo e-mail:	
Anlage: Befund des Ärztekollegiums zur Feststellung der ☐ Behinderung laut Artikel 4 des Gesetzes Nr. 104 vom 5. Februar 1992		☐ Allegato: Verbale di visita collegiale per l'accertamento dell' handicap ai sensi dell'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104	

Datum – data

Der /Die Antragsteller/in – Il/La richiedente