

**MODULO RICHIESTA FRUIZIONE MENSA SCOLASTICA
PER GLI ALUNNI DELLA **SCUOLA DELL'INFANZIA**
Anno Scolastico 2018/2019**

Al Sindaco del Comune di Portopalo di C.P.

DATI DEL GENITORE

Il/la sottoscritto/a _____ (cognome e nome del genitore o tutore)

C.F. _____

Tel: _____

DATI DELL'ALUNNO/A

_____ (cognome e nome)

nato/a a _____ Provincia _____ il ____/____/____

residente a Portopalo di Capo Passero, Provincia (Sr)

in via/piazza _____ n. _____

iscritto presso l'Istituto "B. La Ciura" - Portopalo C. P. classe _____ sezione _____

CHIEDE

Che il proprio/a figlio/a possa fruire per l'anno scolastico 2018/2019 del servizio di refezione scolastica **SCUOLA DELL'INFANZIA**

DICHIARA

Si allega:

- certificazione ISEE in corso di validità, al fine di poter usufruire delle agevolazioni previste
- fotocopia documento d'identità in corso di validità e codice fiscale.

Si impegna quindi:

- Al rispetto della regolamentazione del servizio;
- Alla frequenza nei giorni di tempo lungo stabiliti dal calendario scolastico;
- Al regolare pagamento delle quote dovute di compartecipazione, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale.

Il richiedente autorizza l'Ente interessato ad utilizzare i dati contenuti nel presente formulario per le finalità previste dalla legge, nonché per elaborazioni statistiche da svolgere in forma anonima, il tutto nel rispetto dei limiti posti i dall'art. 13 del D.Lgs. n° 196/2003 (Privacy) che a tal proposito viene integralmente richiamato.

Data _____

Firma _____

**RICHIESTA SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA
CON DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE**

**Al Sindaco del
Comune di Portopalo di C. P.**
- Uff. Pubblica Istruzione -

Il /la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Genitore * del/la bambino/a _____

Abitante in via _____ tel. _____

Che frequenta l'Istituto "B. La Ciura" – Portopalo C.P., classe _____ sez. _____

Anno scolastico 201_/201_

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per **motivi di salute:**

Occorre presentare un certificato medico (del pediatra o S.S.N.), che attesti la necessità di seguire una dieta particolare.

Si chiede cortesemente di rispondere alle seguenti domande:

1) Sono già state eseguite prove allergologiche alimentari presso strutture ASL? Si [] No []

2) Il/la bambino/a ha presentato reazioni anafilattiche dovute all'assunzione di alimenti in passato? Si [] No []

Il richiedente dichiara fin da ora di essere informato ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma del richiedente

*O affidatario che esercita la patria potestà