

**MODULO RICHIESTA FRUIZIONE MENSA SCOLASTICA
PER GLI ALUNNI DELLA **SCUOLA PRIMARIA**
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 PRIMARIA**

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 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