

AI COMUNE DI CAPRIATE SAN GERVASIO

Oggetto: **RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA**
a.s. 2019/2020

Il sottoscritto (cognome e nome del genitore/tutore)
genitore dell'alunno/a (cognome e nome dell'alunno/a).....
residente a
indirizzo.....
telefono cellulare
indirizzo e-mail

chiede

che il proprio figlio/a, che nell'anno scolastico 2019/2020 frequenterà la classe
sez. (indicare la sezione solo se la si conosce)

- della scuola elementare "Dante Alighieri" in via Bustigatti (Capriate)
- della scuola primaria "A. Manzoni" in p.za Pio XII (San Gervasio)

possa usufruire del servizio comunale di mensa scolastica.

DICHIARO DI NON AVERE IN SOSPESO IL PAGAMENTO DI NESSUN SERVIZIO (mensa, trasporto, pre-scuola) RELATIVO AGLI SCORSI ANNI SCOLASTICI. SONO CONSAPEVOLE CHE IN CASO CONTRARIO LA PRESENTE DOMANDA NON VERRA' ACCETTATA.

Il sottoscritto **SI IMPEGNA** ad effettuare i pagamenti delle presenze in mensa, prima che l'alunno/a ne usufruisca, con le modalità che mi verranno comunicate.

Ai sensi e per gli effetti dell'Articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679, si informa che il Comune di Capriate San Gervasio, in qualità di Titolare del trattamento, tratta i dati personali forniti per iscritto, (e-mail/pec) o verbalmente e liberamente comunicati (Art. 13.1.a Regolamento 679/2016/UE).

Si allega attestato ISEE **SI** **NO**

Si allegano:

- Modulo diete speciali compilato e sottoscritto
- fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale del genitore richiedente
- fotocopia del codice fiscale dell'alunno/a

firma

Data _____

Modulo diete speciali

Il sottoscritto

(cognome e nome **del genitore/tutore**) _____

genitore dell'alunno/a

(cognome e nome **dell'alunno/a**) _____

chiede

che il proprio figlio/a, che nell'anno scolastico 2019/2020 utilizzerà il servizio mensa, possa usufruire di una dieta speciale

SI **NO**

(se **SI**, barrare, tra le seguenti voci, quelle che fanno al caso proprio):

- per motivi medici (intolleranza alimentare, allergie ecc.) e pertanto:
 - allega fin d'ora il certificato medico che riporta esattamente gli alimenti che non può mangiare;

oppure (ma solo per gli alunni che nell'anno scolastico 2018/2019 frequenteranno le classi 2[^]-3[^]-4[^]-5[^])

- dichiara che il certificato medico presentato lo scorso anno scolastico è tuttora valido non essendo mutata la situazione clinica;
- per motivi etico-religiosi e desidera che **NON** gli vengano serviti i seguenti alimenti:

Ai sensi e per gli effetti dell'Articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679, si informa che il Comune di Capriate San Gervasio, in qualità di Titolare del trattamento, tratta i dati personali forniti per iscritto, (e-mail/pec) o verbalmente e liberamente comunicati (Art. 13.1.a Regolamento 679/2016/UE).

Data _____

Firma del genitore richiedente
