

## UFFICIO PUBBLICA ISTRUZIONE

### MODULO ISCRIZIONE AL SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA

ANNO SCOLASTICO 20\_\_ /20\_\_

I dati indicati con l'asterisco (\*) sono obbligatori

\_\_ I \_\_ sottoscritt\_\_ (\*) \_\_\_\_\_

(nome del titolare della potestà genitoriale)

Nat\_\_ il (\*) \_\_\_\_\_ a (\*) \_\_\_\_\_ Prov. (\*) \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE (\*) \_\_\_\_\_

residente in (\*) \_\_\_\_\_ Prov. (\*) \_\_\_\_\_

Via (\*) \_\_\_\_\_ n° (\*) \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore dell'alunno/a (\*) \_\_\_\_\_

(nome del/la bambino/a)

Nat\_\_ il (\*) \_\_\_\_\_ a (\*) \_\_\_\_\_ Prov. (\*) \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE (\*) \_\_\_\_\_

residente in (\*) \_\_\_\_\_ Prov. (\*) \_\_\_\_\_

Via (\*) \_\_\_\_\_ n° (\*) \_\_\_\_\_

che nell'anno scolastico 20\_\_ /20\_\_ frequenterà la scuola (\*):

DELL'INFANZIA SEZ. \_\_\_\_\_

SECONDARIA 1° GRADO CLASSE \_\_\_\_\_ SEZ. \_\_\_\_\_

PRIMARIA "G. CARBONETTO" (CAPOLUOGO) CLASSE \_\_\_\_\_ SEZ. \_\_\_\_\_

PRIMARIA "DON M. SERRATO" (MURAGNE) CLASSE \_\_\_\_\_ SEZ. \_\_\_\_\_

Recapiti per eventuali comunicazioni: telefono (\*) \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che il/la proprio/a figlio/a sia ammesso/a a usufruire del servizio MENSA per l'anno scolastico 20\_\_ /20\_\_

## DICHIARA

- di essere in regola con i pagamenti del servizio mensa relativi al proprio nucleo familiare per gli anni precedenti.
- di NON essere in regola con i pagamenti relativi al servizio mensa degli anni precedenti (in questo caso dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 10 del vigente Regolamento del servizio, la richiesta potrebbe non essere accolta)

## SI IMPEGNA

- al pagamento dei buoni pasto;
- a disdire il pasto entro le ore 9,00 del mattino nei giorni in cui il minore non usufruirà del servizio tramite ComunicApp, PC o telefonata al numero dedicato;
- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di residenza che possono influire sulla tariffa del servizio.

Indicare l'eventuale necessità di seguire diete particolari:

- per motivi etnico-religiosi (indicare gli alimenti che **non** devono essere somministrati)

- per particolari patologie (allegare certificato medico)

## DICHIARA

Di essere a conoscenza di quanto disposto dal vigente Regolamento del Servizio Refezione Scolastica del Comune di Ceriale.

### Informativa ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione e ottenuto copia dell'informativa dettagliata, ai sensi degli artt. 13 e 14 del DGPR e di essere a conoscenza di quanto in essa contenuto.

Inoltre, nel rispetto del GDPR, in riferimento alla finalità di gestire una dieta speciale, il/la sottoscritto/a autorizza il Comune di Ceriale al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili e dei dati personali e/o sensibili del/la proprio/a figlio/a, necessari per la gestione del servizio e per l'assolvimento degli obblighi previsti dalle leggi e dai regolamenti comunali vigenti in materia.

Dati inerenti l'origine razziale o etnica: SI [ ] / NO [ ]

Dati inerenti convinzioni religiose o filosofiche SI [ ] / NO [ ]

Dati inerenti la salute SI [ ] / NO [ ]

Ceriale, \_\_\_\_\_

\_\_\_ I \_\_\_ Richiedente