



MODULO ISCRIZIONE REFEZIONE SCOLASTICA A.S. 2024-2025

Dichiarazione Sostitutiva

(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ ()

residente a _____ ()

in via _____ n. _____

cellulare _____ e-mail _____

codice fiscale _____

in qualità di: padre madre tutore

CHIEDE

di poter iscrivere ___ l ___ propri ___ figl ___ al **SERVIZIO di REFEZIONE SCOLASTICA A.S. 2024-2025:**

1° figlia/o iscritta/o

Cognome e Nome _____

Luogo e Data di nascita _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

frequentante la classe _____ Sezione _____ Scuola _____

Allergie e/o intolleranze alimentari _____

(Allegare certificazione medica ed eventuale dieta da seguire)

2° figlia/o iscritta/o

Cognome e Nome _____

Luogo e Data di nascita _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

frequentante la classe _____ Sezione _____ Scuola _____

Allergie e/o intolleranze alimentari _____

(Allegare certificazione medica ed eventuale dieta da seguire)

3° figlia/o iscritta/o

Cognome e Nome _____

Luogo e Data di nascita _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

frequentante la classe _____ Sezione _____ Scuola _____

Allergie e/o intolleranze alimentari _____

(Allegare certificazione medica ed eventuale dieta da seguire)

4° figlia/o iscritta/o

Cognome e Nome _____

Luogo e Data di nascita _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

frequentante la classe _____ Sezione _____ Scuola _____

Allergie e/o intolleranze alimentari _____

(Allegare certificazione medica ed eventuale dieta da seguire)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

- DI AVER PRESO** visione del **“Regolamento Mensa Scolastica”** approvato con deliberazione di Consiglio Comunale n. 28 del 18/11/2010.
- CHE** __ I __ propri __ figl __ risied __ nel Comune di _____.

Allega:

- fotocopia di valido documento di identità del dichiarante.**
- (eventuale) certificato medico e dieta speciale.**

Dichiara di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 e s.m.i. e del Reg. UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma del genitore o tutore _____