

**MODULO D'ISCRIZIONE AL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA**

**Anno Scolastico 2016/2017**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Frazione \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di genitore esercitante la patria potestà, (ovvero tutore od altra qualifica, da citare: \_\_\_\_\_)

dell'/degli alunno/i di seguito riportato/i:

**La residenza degli alunni va indicata solo se diversa dalla residenza del genitore che sottoscrive il presente modulo.**

**ALUNNO N. 1**      **Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Iscritto alla Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

INDICARE, PER CORTESIA, I GIORNI DELLA SETTIMANA NEI QUALI L'ALUNNO/A USUFRUIRA' DELLA MENSA SCOLASTICA:

lunedì     martedì     mercoledì     giovedì     venerdì

Barrare la casella se interessa:

La somministrazione all'alunno/a di una dieta specifica, come da allegata certificazione medica.

**ALUNNO N. 2**      **Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Iscritto alla Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

INDICARE, PER CORTESIA, I GIORNI DELLA SETTIMANA NEI QUALI L'ALUNNO/A USUFRUIRA' DELLA MENSA SCOLASTICA:

lunedì     martedì     mercoledì     giovedì     venerdì

Barrare la casella se interessa:

La somministrazione all'alunno/a di una dieta specifica, come da allegata certificazione medica.



**ALUNNO N. 3**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Iscritto alla Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

INDICARE, PER CORTESIA, I GIORNI DELLA SETTIMANA NEI QUALI L'ALUNNO/A USUFRUIRA' DELLA MENSA SCOLASTICA:

 lunedì  martedì  mercoledì  giovedì  venerdìBarrare la casella se interessa: La somministrazione all'alunno/a di una dieta specifica, come da allegata certificazione medica.**ALUNNO N. 4**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Iscritto alla Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

INDICARE, PER CORTESIA, I GIORNI DELLA SETTIMANA NEI QUALI L'ALUNNO/A USUFRUIRA' DELLA MENSA SCOLASTICA:

 lunedì  martedì  mercoledì  giovedì  venerdìBarrare la casella se interessa: La somministrazione all'alunno/a di una dieta specifica, come da allegata certificazione medica.**Chiede****l'iscrizione al servizio di refezione scolastica** per l'a.s. 2016/2017 per l'alunno/i minore/i di cui sopra, impegnandosi al versamento degli importi dovuti e al rispetto di tutte le norme che regolano tale servizio.

CHIEDE l'invio bimestrale della richiesta di pagamento relativa ai pasti consumati nel periodo:

- al seguente indirizzo mail: \_\_\_\_\_
- invio a mezzo posta all'indirizzo sopraindicato del genitore.

**Allega copia certificazione Isee o della D.S.U. per l'applicazione della tariffa corrispondente alla fascia Isee indicata nella lettera d'informazione sul servizio. La mancata consegna dell'I.S.E.E. comporta l'applicazione della tariffa massima. SE IL VALORE ISEE SUPERA I € 20.000.00 NON È NECESSARIO PRESENTARE LA CERTIFICAZIONE, L'UFFICIO PROVVEDERÀ AD APPLICARE LA TARIFFA MASSIMA.**

**Si prega di indicare il nominativo del genitore che effettuerà i versamenti per i pagamenti del servizio di refezione scolastica \_\_\_\_\_**

Martignacco, lì \_\_\_\_\_

**(firma del genitore )**

Informativa sui dati personali e sui diritti del dichiarante (D.Lgs 30.06.2003, n. 196)  
A norma dell'art. 13 della legge succitata autorizzo il trattamento dei dati sopra indicati per le esclusive necessità organizzative, amministrative e gestionali dei servizi forniti dall'Ufficio istruzione del Comune.

Martignacco, lì \_\_\_\_\_

**(firma del genitore )**

\*\*\*\*\*