

MODULO D'ISCRIZIONE AL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA

Anno Scolastico 2017/2018

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 venerdì

Barrare 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 venerdì

Barrare 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. 2017/2018 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.

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)
