



DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA ANNO SCOLASTICO _____

Il/La sottoscritto/a genitore _____ residente a _____

Via/piazza _____ n. _____ tel.n. _____

C H I E D E

l'iscrizione al servizio di refezione scolastica a partire dal _____ per il proprio figlio/a

Cognome.....Nome.....

nato/a a _____ il _____

frequentante nell'anno scolastico _____ la scuola:

- dell'Infanzia di _____ SEZ. _____
- Primaria a tempo pieno di Fossalon classe _____
- Secondaria di I° grado "Marco Polo" di Grado classe _____

Fa presente che il proprio figlio/a necessita di dieta speciale:

- come specificato da **certificato medico allegato** (N.B. si accolgono certificati di pediatri di base e di specialisti in allergologia o malattie metaboliche; nel caso di utilizzo di prodotti dietetici particolari, si prega di farlo prescrivere nel medesimo certificato)
- per motivi religiosi (**specificare gli alimenti vietati**) _____

Si impegna al regolare pagamento delle quote dovute nei termini e con le modalità indicate dall'amministrazione comunale.

Il sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 (codice della Privacy), 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 _____