



COMUNE DI FOSSALTA DI PORTOGRUARO

ALL'UFFICIO SCUOLA
DEL COMUNE DI FOSSALTA DI PORTOGRUARO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente nel Comune di _____
via _____ n. _____ cap _____
Tel. _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE (barrare la/le casella/caselle del caso)

☐ **CONFERMA DELL'ISCRIZIONE** AL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA PER L'A.S. 2021-2022

Per n. ____ figli

Nome _____ Cognome _____ nato a _____
_____ il _____ e frequentante _____

Nome _____ Cognome _____ nato a _____
_____ il _____ e frequentante _____

Nome _____ Cognome _____ nato a _____
_____ il _____ e frequentante _____

☐ **NUOVA ISCRIZIONE** AL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA PER L'A.S. 2021-2022 (**Allegato B** - compilare un FORM per ogni nuovo utente)

DICHIARA quanto all'**Allegato C)** della presente domanda *

Inoltre **CHIEDE**, se e in quanto dovute (barrare la casella del caso):

☐ **ESENZIONE PAGAMENTO** (allegare valida e aggiornata certificazione ISEE)

☐ **RICHIESTA AGEVOLAZIONE** (allegare scheda di valutazione del servizio sociale)

Data _____

Firma _____

ISCRIZIONE SERVIZIO MENSA INFORMATIZZATO COMUNE DI FOSSALTA DI PORTOGRUARO		
INSERIRE I DATI MANCANTI (INDISPENSABILI PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO)		
DATI ALUNNO		(EVENTUALI INTEGRAZIONI O CORREZIONI)
COGNOME		
NOME		
CODICE FISCALE		
DATA DI NASCITA		
SCUOLA		
CLASSE E SEZIONE		
DATI GENITORE		
COGNOME		
NOME		
CODICE FISCALE		
COMUNE DI RESIDENZA		
PROVINCIA		
VIA		
CAP		
NUMERO CELLULARE		
INDIRIZZO MAIL		
(facoltativo)		
Dichiara di consentire alla ditta, che eroga il servizio di ristorazione scolastica, e alla ditta che gestisce il programma al trattamento dei dati personali raccolti conformemente a quanto disposto dal codice di protezione dei dati personali D.Lgs. N. 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii e Il nuovo regolamento europeo sul trattamento dei dati personali (GDPR) entrato in vigore il 25 maggio 2018.		

DATA	
------	--

FIRMA DEL GENITORE	
--------------------	--

OGGETTO: **DICHIARAZIONE ALLERGIE - INTOLLERANZE ALIMENTARI - ALLERGIE A FARMACI.**

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola _____

di _____ (località)

COMUNICA

che il proprio/a figlio/a

☐ non è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari;

☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari:

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto alternativo;

☐ non è affetto/a da allergie a farmaci;

☐ presenta le seguenti allergie a farmaci:

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni da segnalare

_____, li _____

Firma dei genitori
