SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA

SCUOLE DELL'INFANZIA DI GAIARINE E ALBINA

MODULO RICHIESTA A.S. 2023/2024

DATI DEL RICHIEDENTE:

Io sottoscritto (cognome e nome) _____ nato il _____

a _____ prov. _____ e residente a _____

prov. _____ CAP _____ in Via _____n. _____

cellulare _____ e-mail*_____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

in qualità di genitore o tutore esercente la responsabilità genitoriale di:

(cognome e nome alunno/a) _____ nato/a il _____ a

_____ residente a _____Via _____ n°____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

che il proprio figlio/a per l'anno scolastico 2023/2024 usufruisca del servizio di mensa scolastica presso:

☐ scuola dell'infanzia "Villa Elena" di Albina	Classe: 1 ☐ 2 ☐
☐ scuola dell'infanzia "Pera" di Gaiarine	Classe: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

che al proprio figlio/a dovrà essere somministrata una "***dieta speciale***" per le seguenti motivazioni:

- ☐ allergia *(allegare certificato medico)*
- ☐ intolleranza alimentare *(allegare certificato medico)*
- ☐ malattia metabolica *(allegare certificato medico)*
- ☐ motivi etnici/religiosi

DICHIARA

1. di essere a conoscenza che entrambi i genitori sono coobbligati al pagamento della retta;
2. di provvedere entro le scadenze al pagamento della tariffa prevista per l'utilizzo del servizio di mensa scolastica a.s. 2023/2024, come stabilito con D.G. n. 175 del 30.11.2022, attraverso la modalità PagoPA;
3. ***** di autorizzare l'utilizzo dell'indirizzo e-mail sopra riportato al fine di ricevere comunicazioni inerenti il servizio consapevole che le suddette comunicazioni potranno essere inviate anche in via esclusiva tramite questo canale;
4. di esibire, prima dell'avvio del servizio di refezione, adeguata certificazione medica attestante la tipologia di problema e la terapia dietetica da seguire nel caso il proprio figlio/a sia affetto da allergie, da intolleranze alimentari o da malattie metaboliche e necessiti, a scopo terapeutico, dell'esclusione di particolari alimenti.

Gaiarine, lì _____ Firma _____

IL/LA DICHIARANTE

(allegare fotocopia del documento di identità, in corso di validità, della persona che firma)

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare prontamente qualsiasi variazione che dovesse verificarsi rispetto a quanto sopra indicato ed autorizza, fin d'ora, il Comune di Gaiarine ad utilizzare i propri dati personali sopra riportati unicamente ai fini dell'organizzazione del servizio di trasporto scolastico, in applicazione del ***regolamento*** *(****UE****) n. 2016/679 e ss.mm.ii. in materia di trattamento dei dati personali e di* ***privacy****.*

Gaiarine, lì _____ Firma _____