



SERVIZIO MENSA SCOLASTICA
Modulo di adesione anno scolastico 2015/2016

Il sottoscritto (nome e cognome del genitore) _____
genitore di _____ nato a _____
il _____ residente in Via _____
a _____ telefono _____

Consapevole delle responsabilità penali assunte, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni,

chiede

che il figlio possa usufruire del servizio di mensa scolastica per l'anno scolastico 2015/2016 presso:

(barrare con una crocetta l'opzione che interessa)

- | | | | | | | |
|---|--------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia di Albina, | classe | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | | |
| <input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia di Gaiarine, | classe | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | | |
| <input type="checkbox"/> Scuola Primaria di Francenigo, | classe | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| | | | <input type="checkbox"/> tempo pieno | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> tempo normale | | | |
| <input type="checkbox"/> Scuola Primaria di Gaiarine, | classe | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| | | | <input type="checkbox"/> tempo pieno | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> tempo normale | | | |
| <input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di 1° di Calderano | classe | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | | |

Comunica

che al proprio figlio/a dovrà essere somministrata una "dieta speciale" in quanto affetto da:

- allergia,
- intolleranza alimentare,
- malattia metabolica
- altro: _____

Si impegna

nel caso il proprio figlio/a sia affetto da allergie, da intolleranze alimentari o da malattie metaboliche e necessari, a scopo terapeutico, dell'esclusione di particolari alimenti, ad esibire, prima dell'avvio del servizio di refezione, adeguata certificazione medica attestante la tipologia di problema e la terapia dietetica da seguire.

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che il Comune di Gaiarine può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs. 30 Giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali - art. 18). Il conferimento dei dati è obbligatorio pena l'esclusione dall'assegnazione. Il dichiarante può rivolgersi, in ogni momento, all'Ente al quale ha presentato dichiarazione o la certificazione per verificare i dati che lo riguardano e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione di legge (D.Lgs. 196/2003).

Gaiarine, _____

IL DICHIARANTE
