Spett.le

COMUNE DI CINTO CAOMAGGIORE

Piazza S. Biagio 1

30020 Cinto Caomaggiore (VE)

e-mail: biblioteca@cintocao.it

**MODULO ISCRIZIONE AL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA – SCUOLA DELL’INFANZIA E PRIMARIA**

Premesso che la presente richiesta di iscrizione al servizio di mensa scolastica, verrà accolta soltanto se l’utente è in regola con i pagamenti pregressi e accompagnata dalla ricevuta di pagamento quota fissa per l’a.s. 2023/2024.

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_Nazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°\_\_\_\_\_/\_\_\_

Telefono ab. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in relazione alla presente domanda di iscrizione al servizio di ristorazione scolastica del proprio figlio,

**consapevole**

* che le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l’uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e da leggi speciali in materia, oltre che con la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000) e che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, ai sensi dell’articolo 11 del decreto del presidente del consiglio dei ministri n. 159 del 05/12/2013 e dell’art. 71 del citato DPR N.445/2000
* di quanto deliberato con gli atti normativi dall’Amministrazione Comunale in merito alla determinazione delle tariffe dei servizi scolastici;
* di quanto previsto dal regolamento sui servizi scolastici comunali;
* che in caso di mancato pagamento della tariffa si potrà procedere alla sospensione del servizio e comunque al recupero coattivo dei crediti secondo normativa vigente;
* di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 679/2016 – GDPR, in materia di protezione dei dati personali – e del D.Lgs. 196/2003 con ss.mm.ii., che i dati forniti saranno trattati anche con strumenti informatici, nella massima liceità e correttezza, nella piena tutela dei propri diritti e della propria riservatezza ed esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. A tal proposito, si specifica che il titolare del trattamento è il Comune di Cinto Caomaggiore.

**quale genitore/tutore** del minore sotto indicato **DICHIARA:**

1. I DATI ANAGRAFICI DEL ALUNNO/A per il quale si chiede l’iscrizione:

 Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_Nazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. che LA SCUOLA presso cui è iscritto/a per l’anno scolastico 2023/2024 è la Scuola (specificare se Infanzia o Primaria) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIEDE INOLTRE**

Che il proprio figlio/a usufruisca di:

* dieta medica (prescrizioni cliniche tali da richiedere la preparazione di diete e piatti alternativi, occorre allegare la certificazione del medico specialista. Si ricorda che le certificazioni e le richieste di diete alternative verranno trasmesse al personale di cucina);
* dieta culturale (prescrizioni alimentari per motivi religiosi o culturali);

Si allega alla domanda:

* ricevuta di versamento della quota fissa di € 60,00 effettuato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* certificazione medica specialistica in caso di dieta medica;
* domanda di esenzione/riduzione;

Cinto Caomaggiore, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma del genitore** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_