

Oggetto: Richiesta fruizione del servizio mensa scolastica. Anno Scolastico 2024/2025.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_, prov.  
di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente in Librizzi  
Via/C.da \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ nato/aa \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, prov. di  
\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_ iscritto/a alla scuola:

- Infanzia
- Primaria di Librizzi
- Primaria di Colla Maffone

**CHIEDE**

Alla S.S.III.ma che, al proprio/a figlio/a venga erogato il servizio refezione scolastica.

Dichiara, a tal fine, che:

- il/la proprio/a figlio/a è allergico come da certificato medico allegato;
- si impegna a versare la quota di contribuzione mediante avviso di pagamento PagoPA scaricabile dalla homepage del Sito istituzionale del Comune di Librizzi [www.comune.librizzi.me.it](http://www.comune.librizzi.me.it);

Dichiara inoltre:

1. di essere consapevole che i dati autodichiarati sono resi sotto la propria responsabilità ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, e di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci ovvero di formazione od utilizzo atti falsi;
2. di autorizzare al trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il D.lgs n. 196/2003 e ss.mm.ii., come modificato da ultimo dal D.lgs n. 101/2018.

Lo scrivente allega alla presente:

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- copia della tessera sanitaria;
- certificazione attestante intolleranze alimentari, allergie o malattie che possono inibire il consumo di alcuni alimenti;
- Copia attestazione I.S.E.E. in corso di validità.

Librizzi \_\_\_\_\_

Il richiedente

---