

Oggetto: Richiesta fruizione del servizio mensa scolastica. Anno Scolastico 2025/2026.

DATI DEL GENITORE RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / _____
Codice fiscale _____
Residente a _____ CAP _____ Prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
Cellulare _____ Telefono _____
E-mail (facoltativa) _____

DATI DELL'ALUNNO/A

Nome e Cognome _____
Nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / _____
Codice fiscale _____
Scuola:
 Infanzia Primaria di Librizzi Primaria di Colla Maffone
Classe _____

CHIEDE

che __/1/__ proprio/a figlio/a venga ammesso/a al servizio di refezione scolastica per l'anno scolastico 2025/2026.

DICHIARA

- che il/la proprio/a figlio/a necessita di una dieta speciale per allergie, intolleranze alimentari o motivi sanitari come da certificazione medica allegata;
- di impegnarsi al pagamento della quota di contribuzione mediante avviso PagoPA;
- di essere consapevole delle responsabilità previste dagli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

ALLEGATI

- Copia del documento di identità del richiedente;
- Copia della tessera sanitaria del richiedente e dell'alunno/a;
- Certificazione medica per allergie, intolleranze o dieta speciale (se necessaria);
- Attestazione ISEE in corso di validità (se richiesta ai fini delle agevolazioni tariffarie).

Librizzi, ____ / ____ / _____

Firma del richiedente
