



## COMUNE DI FOSSALTA DI PORTOGRUARO

ALL'UFFICIO SCUOLA  
DEL COMUNE DI FOSSALTA DI PORTOGRUARO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE** (barrare la/le casella/caselle del caso)

**CONFERMA DELL'ISCRIZIONE AL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA PER L'A.S. 2021-2022**

Per n. \_\_\_\_ figli

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e frequentante \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e frequentante \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e frequentante \_\_\_\_\_

**NUOVA ISCRIZIONE AL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA PER L'A.S. 2021-2022 (Allegato B - compilare un FORM per ogni nuovo utente)**

**DICHIARA** quanto all'**Allegato C) della presente domanda** \*

Inoltre **CHIEDE**, se e in quanto dovute (barrare la casella del caso):

**ESENZIONE PAGAMENTO** (allegare valida e aggiornata certificazione ISEE)

**RICHIESTA AGEVOLAZIONE** (allegare scheda di valutazione del servizio sociale)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ISCRIZIONE SERVIZIO MENSA INFORMATIZZATO COMUNE DI FOSSALTA DI PORTOGRUARO		
INSERIRE I DATI MANCANTI (INDISPENSABILI PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO)		
<b>DATI ALUNNO</b>		(EVENTUALI INTEGRAZIONI O CORREZIONI)
COGNOME		
NOME		
CODICE FISCALE		
DATA DI NASCITA		
SCUOLA		
CLASSE E SEZIONE		
<b>DATI GENITORE</b>		
COGNOME		
NOME		
CODICE FISCALE		
COMUNE DI RESIDENZA		
PROVINCIA		
VIA		
CAP		
NUMERO CELLULARE		
INDIRIZZO MAIL		
(facoltativo)		
Dichiara di consentire alla ditta, che eroga il servizio di ristorazione scolastica, e alla ditta che gestisce il programma al trattamento dei dati personali raccolti conformemente a quanto disposto dal codice di protezione dei dati personali D.Lgs. N. 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii e Il nuovo regolamento europeo sul trattamento dei dati personali (GDPR) entrato in vigore il 25 maggio 2018.		

DATA	
------	--

FIRMA DEL GENITORE	
--------------------	--

OGGETTO: **DICHIARAZIONE ALLERGIE - INTOLLERANZE ALIMENTARI - ALLERGIE A FARMACI.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_ (località)

COMUNICA

che il proprio/a figlio/a

non è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari;

presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari:

\_\_\_\_\_

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto alternativo;

non è affetto/a da allergie a farmaci;

presenta le seguenti allergie a farmaci:

\_\_\_\_\_

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni da segnalare

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_