

**Al  
Comune di Preotto**

**Oggetto: iscrizione servizio mensa scolastica A.S. \_\_\_\_\_.**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**C. F. I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I**

genitore o esercitante potestà genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_, nato a  
\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, frequentante la Scuola  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_/\_\_\_

**Codice Fiscale del minore I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I**

**CHIEDE**

che al proprio figlio/a più sopra nominato/a possa utilizzare il servizio di ristorazione scolastica del Comune di Preotto per l'Anno Scolastico \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle modalità di gestione del servizio mensa, in particolare per quanto riguarda la parte informatica dello stesso. Dichiara, altresì, di essere a conoscenza delle modalità di pagamento del servizio e delle tariffe a cui è soggetto.

Il sottoscritto solleva l'Amministrazione Comunale da ogni responsabilità circa la condotta del/dei proprio/i figlio/i e si impegna a rispondere personalmente di ogni danno arrecato eventualmente da esso/i.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma (leggibile)

\_\_\_\_\_

**Recapito per eventuali comunicazioni:**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

*I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs. 196/2003 (art. 13)*

**RICHIESTA DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA/ALLERGIA/INTOLLERANZA**

**Al  
Comune di Prepotto**

Anno scolastico \_\_\_\_\_

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C. F. I.

genitore o esercitante potestà genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_, frequentante la Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_/\_\_\_\_

**CHIEDE**

che al proprio figlio/a più sopra nominato/a venga somministrata **la dieta speciale** (barrare la casella interessata) prevista per la seguente tipologia:

- Allergia**
- Intolleranza**
- Celiachia**
- Obesità**
- Diabete**
- Favismo**
- Fenilchetonuria**
- Dieta ad esclusione per protocollo diagnostico**
- Dieta leggera (durata superiore ai tre giorni)**
- Altro** \_\_\_\_\_ (specificare)

Al riguardo allego certificazione medica del \_\_\_\_\_ (data emissione certificato: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma (leggibile)  
\_\_\_\_\_

**Recapito per eventuali comunicazioni:**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

*I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs. 196/2003 (art. 13)*

NB: la presente autocertificazione ha valenza per l'a.s. in corso.

**RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI RELIGIOSI**

**Al  
Comune di Prepotto**

Anno scolastico \_\_\_\_\_

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C. F. I \_\_\_\_\_

genitore o esercitante potestà genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_, frequentante  
la Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_/\_\_\_

**CHIEDE**

che al proprio figlio/a più sopra nominato/a per motivi  **Religiosi** siano somministrati per tutto l'anno scolastico pasti conformi al seguente tipo di dieta che si intende seguire:

- dieta priva di:
- carne suina e derivati
- carne bovina e derivati
- prodotti lievitati
- altro tipo di alimento (da specificare) \_\_\_\_\_

*I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs. 196/2003 (art. 13)*

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma (leggibile)  
\_\_\_\_\_

*I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs. 196/2003 (art. 13)*

NB: la presente autocertificazione ha valenza per l'a.s. in corso