

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA  
SCUOLE DELL'INFANZIA E PRIMARIA A.S. 2019/2020**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente in Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
modalità prescelta per l'invio di eventuali comunicazioni:  SMS  e-mail  
Esercente la potestà sul minore \_\_\_\_\_ (altro esercente la potestà: \_\_\_\_\_)  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ Scuola (crociare):  
 Istituto Comprensivo Statale – Scuola dell'Infanzia "N. Green", con sede in Via Aldo Moro.  
 Istituto Comprensivo Statale – Scuola dell'Infanzia "G.B. De Giorgi", con sede in Via Unità D'Italia.  
 Istituto Comprensivo Statale – Scuola Primaria "G.B. Saponaro", con sede in via M. Saponaro.

**CHIEDE**

**di usufruire del servizio di refezione scolastica per l'a.s. 2019/2020.**

**A tal fine DICHIARA**

*di essere a conoscenza di quanto disposto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445, sulle conseguenze e sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità,*

✓ di essere a conoscenza **che si accede al servizio solo ed esclusivamente previo pagamento dei pasti**

✓ **di essere consapevole che, nel caso di mancato pagamento dei pasti, la rilevazione automatica della presenza verrà sospesa e il servizio non sarà erogato;**

✓ Che il proprio figlio/a (crociare):

**non è affetto** da intolleranze o allergie alimentari

**è affetto** dalle intolleranze o allergie alimentari indicate nell'allegata certificazione medica (**in tal caso i genitori dovranno darne tempestiva comunicazione all'Ufficio Pubblica Istruzione**).

**CHIEDE, ALTRESI':**

**Che il proprio figlio fruisca della**  **dieta normale**  **dieta speciale** (allegare relativa certificazione medica);

**ALLEGA**

copia del proprio documento di riconoscimento;

certificato medico in caso di richiesta di dieta speciale.

**AUTORIZZA**

Ai sensi del D.Lgs. n°196/2003, il trattamento e la trasmissione dei propri dati personali, anche per mezzo di strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale sono richiesti e per le finalità strettamente connesse a tale scopo.

San Cesario di Lecce, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_