

	Amministrazione destinataria Comune di Premariacco  Ufficio destinatario Ufficio segreteria e protocollo	
---	--	--

## Domanda di iscrizione al servizio di mensa scolastica anno scolastico /

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
Residenza										
Provincia	Comune			Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno
										SNC
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

del bambino				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	
Cittadinanza				

iscritto alla scuola		
Scuola	Classe	Sezione

### CHIEDE

l'iscrizione al servizio di mensa scolastica nelle seguenti giornate

Giornate	
<input type="checkbox"/>	Lunedì
<input type="checkbox"/>	Martedì
<input type="checkbox"/>	Mercoledì
<input type="checkbox"/>	Giovedì
<input type="checkbox"/>	Venerdì
Dieta	
<input type="radio"/>	non usufruendo di una dieta speciale
<input type="radio"/>	usufruendo di una dieta speciale
Dieta richiesta	
<input type="radio"/>	per motivi sanitari
<b>pertanto allega copia del certificato medico</b>	
<input type="radio"/>	per motivi etici o religiosi
Descrizione dieta richiesta	

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- di impegnarsi a pagare al Comune la tariffa fissata per il servizio
- di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Eventuali annotazioni

--

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input type="checkbox"/>	copia del certificato medico
<input type="checkbox"/>	copia ISEE per riduzione tariffa
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Premariacco		
Luogo	Data	Il dichiarante