

**DA CONSEGNARE PRESSO L'UFFICIO SCOLASTICO
E/O DELEGAZIONE COMUNALE DI LA SALUTE DI LIVENZA**

ENTRO E NON OLTRE IL 30-06-2017

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MENSA SCOLASTICA A.S. 2017/2018

Il sottoscritto PADRE MADRE ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE
(contrassegnare la casella)

CODICE PAN n. _____

in qualità di RICHIEDENTE e SOGGETTO PAGANTE:

COGNOME.....NOME.....

Nato ail

C.F..... CITTADINANZA.....

RESIDENTE ACAP.....

VIAN.....

TEL.....FAX.....E-MAIL

CELLULARE DI RIFERIMENTO (**CAMPO OBBLIGATORIO**)

DATI ISEE

Valore ISEEInizio ValiditàFine validità

CHIEDE l'ammissione al Servizio di MENSA per l'anno scolastico 2017/2018, per

Alunno 1

COGNOME.....NOME.....

Nato a il/...../..... SESSO M F

ISCRITTO PER L'ANNO SCOLASTICO 2017/2018 ALLA SCUOLA:

INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA DI 1°GRADO

SCUOLACLASSE.....SEZ.....

Richiesta alimentazione particolare: (no) (si)

La presente richiesta è motivata da: *(rispondere solo in caso di risposta affermativa)*

[] *Motivi di salute* come rilevato da certificato medico che verrà presentato agli Uffici dei Servizi Educativi prima dell'avvio del servizio.

[] *Motivi religiosi.*

[] *Altro* _____

Alunno 2

COGNOME.....NOME.....

Nato a il/...../..... SESSO M F

ISCRITTO PER L'ANNO SCOLASTICO **2017/2018** ALLA SCUOLA:

INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA DI 1°GRADO

SCUOLACLASSE.....SEZ.....

Richiesta alimentazione particolare: (no) (si)

La presente richiesta è motivata da: (*rispondere solo in caso di risposta affermativa*)

[] *Motivi di salute* come rilevato da certificato medico che verrà presentato agli Uffici dei Servizi Educativi prima dell'avvio del servizio.

[] *Motivi religiosi.*

[] *Altro* _____

Alunno 3

COGNOME.....NOME.....

Nato a il/...../..... SESSO M F

ISCRITTO PER L'ANNO SCOLASTICO **2017/2018** ALLA SCUOLA:

INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA DI 1°GRADO

SCUOLACLASSE.....SEZ.....

Richiesta alimentazione particolare: (no) (si)

La presente richiesta è motivata da: (*rispondere solo in caso di risposta affermativa*)

[] *Motivi di salute* come rilevato da certificato medico che verrà presentato agli Uffici dei Servizi Educativi prima dell'avvio del servizio.

[] *Motivi religiosi.*

[] *Altro* _____

(Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 30-06-2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati sensibili”, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa).

San Stino di Livenza, _____

Firma _____

**Allegati: Fotocopia documento d'identità in corso di validità del richiedente e/o soggetto pagante
Fotocopia della carta di soggiorno
Fotocopia attestazione ISEE ANNO 2017.**