Al Comune di CARIFE (AV)

Oggetto: iscrizione servizio mensa scolastica A.S	
Il sottoscritto/a	
nato/a ail	
residente inVia	n°
indirizzo e-mail	
C. F. I 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, classe	
Codice Fiscale del minore I_I_I_I_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 ristorazio del Comune di Carife per l'Anno Scolastico	one scolastica
□ Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle modalità di gestione del ser Dichiara, altresì, di essere a conoscenza delle modalità di pagamento del servizio a cui è soggetto. *I.S.E.E. pari ad €	
☐ Il sottoscritto solleva l'Amministrazione Comunale da ogni responsabilità circa del/dei proprio/i figlio/i e si impegna a rispondere personalmente di ogni da eventualmente da esso/i.	
Data/ Firma (leggibile)	
Recapito per eventuali comunicazioni: Cognome e Nome Via Città Tel./cell Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 – Regolamento UE 679/2016 (GDPR). Il Comune di Carife raccoglie i Suoi dati personali per poterLe erogare i servizi da Lei richiesti. Il trattamento dei Suoi dati per le favrà luogo sia con modalità automatizzate ed informatiche, sia con modalità manuali, sempre comunque nel rispetto nelle regole sicurezza previste dalla legge (art. 10 della legge 675/96 e art. 13 del D. Lgs. 196/2003). Il conferimento dei Suoi dati personali al assolutamente facoltativo e l'eventuale rifiuto non comporta alcuna conseguenza tranne ovviamente l'eventuale impossibilità di p parte dei servizi indicati. I dati, o alcuni di essi, verranno utilizzati ad uso esclusivo del Comune di Carife. Titolare del tra l'Amministrazione Comunale di Carife. Ho letto l'informativa ai sensi dell'Articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 e acconsento al trat Comune di Carife dei dati inseriti.	di riservatezza e di Comune di Carife è oterLe fornire tutti o uttamento dei dati è

(FIRMA) _____

^{*}Attestazione I.S.E.E. da allegare alla domanda.

RICHIESTA DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA/ALLERGIA/INTOLLERANZA

Al

	Comune di CARIFE (AV)
Anno scolastico	
Il sottoscritto/a	
nato/a a	il
residente inVia	n°
indirizzo e-mail	
C. F. IIIIIII	
genitore o esercitante potestà genitoriale dell'alunn nato a, il frequentante la Scuola	,
riequentante la Seuoia	
CHIED	DE
che al proprio figlio/a più sopra nominato/a venga so interessata) prevista per la seguente tipologia:	mministrata la dieta speciale (barrare la casella
□ Allergia □ Intolleranza □ Celiachia □ Obesità □ Diabete □ Favismo □ Fenilchetonuria □ Dieta ad esclusione per protocollo diagnost □ Dieta leggera (durata superiore ai tre giorn □ Altro	ni)
Al riguardo allego certificazione medica del (data emissione certificato:/).	
Data/	Firma (leggibile)
Recapito per eventuali comunicazioni: Cognome e Nome Via Città Tel./cell	
Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 – Regolamento UE 679. Il Comune di Carife raccoglie i Suoi dati personali per poterLe erogare i servizi avrà luogo sia con modalità automatizzate ed informatiche, sia con modalità n sicurezza previste dalla legge (art. 10 della legge 675/96 e art. 13 del D. Lgs. 19 assolutamente facoltativo e l'eventuale rifiuto non comporta alcuna conseguenz parte dei servizi indicati. I dati, o alcuni di essi, verranno utilizzati ad uso	da Lei richiesti. Il trattamento dei Suoi dati per le finalità sopraindicate nanuali, sempre comunque nel rispetto nelle regole di riservatezza e di 96/2003). Il conferimento dei Suoi dati personali al Comune di Carife è za tranne ovviamente l'eventuale impossibilità di poterLe fornire tutti o

l'Amministrazione Comunale di Carife. Ho letto l'informativa ai sensi dell'Articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 e acconsento al trattamento da parte del Comune di Carife dei dati inseriti.

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

(FIRMA) _____