



COMUNE DI MARGHERITA DI SAVOIA
PROVINCIA DI (Barletta – Andria - Trani)

Viale Duca Degli Abruzzi, snc-71044 Margherita di Savoia (BT) - Telef. 0883/659345- 0883/659108-Fax 0883/659347
P.IVA 00377420716 – Codice Fiscale 00377420716

RICHIESTA SERVIZIO MENSA CON IL "Menu' della Salute"

Spett.le Ufficio Pubblica Istruzione
Comune di Margherita di Savoia

Dati dell'alunno/a _____ m__ f__
(cognome e nome dell'alunno/a)

Codice fiscale _____

Nato/a a _____ Provincia _____ il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____ int. _____

che nell'a.s. 2017/2018 frequenta la scuola: INFANZIA sez. __ Armellina Kennedy Buonarroti

Dati del genitore/tutore

Il/la sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____

Nato/a a _____ Provincia _____ il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____ int. _____

Tel. _____ Cell.* _____

e-mail _____ (*)

campo obbligatorio per l'ufficio per sms di invio comunicazioni urgenti al Genitore/ Tutore
dell'alunno/a _____

CHIEDE

per il proprio figlio/a il Servizio Mensa con il "Menù della Salute" previsto per l'a.s. 2017-2018.

DICHIARA

(A tal fine consapevole che la presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, sotto la propria personale responsabilità, con piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

- a) di avere oppure
- b) di non avere necessità di Dieta Speciale; (in caso di richiesta di dieta speciale è necessario produrre eventuali certificazioni necessarie)
- c) di essere a conoscenza delle tariffe stabilite per il servizio(a domanda individuale) ai sensi della delibera di G.C. n. 222 del 23/12/2016.

INFORMATIVA ART. 13 D.Lgs. 196/2003 –

CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI FINALITA' DELLA RACCOLTA:

La raccolta dei dati personali persegue finalità istituzionali e riguarda adempimenti di legge o di regolamento.

Tale raccolta è finalizzata alla fornitura del servizio previsto con il Servizio Mensa "Menù della Salute".

L'Amministrazione comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della presente dichiarazione, a norma dell'art. 75 del medesimo D.P.R.

Il/La sottoscritto/a, dichiara di sottoscrivere la presente domanda pienamente consapevole di tutte le dichiarazioni effettuate ed in questa contenute.

Firma genitore

(La firma deve essere apposta davanti all'impiegato addetto al ritiro allegando fotocopia del documento di identità)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

In relazione alla presente domanda attesto che il dichiarante Sig./Sig.ra

Ha sottoscritto in mia presenza la presente dichiarazione, previa ammonizione di legge sulla responsabilità penale prevista in caso di dichiarazioni mendaci.

Li, _____

Firma _____