

**Servizio di Mensa Scolastica**  
**Modulo iscrizione anno scolastico 2023-2024**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale)

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

Residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

codice fiscale del genitore o esercente la potestà genitoriale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° Tel. \_\_\_\_\_ N° Tel. Cellulare \_\_\_\_\_ N° Tel. Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

in qualità di  padre  madre  esercente la potestà genitoriale

**CHIEDE**

di potere iscrivere il proprio figlio/a al **Servizio di Mensa Scolastica per l'anno scolastico 2023/2024:**

**1° figlio iscritto**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Frequentante la Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ Istituto Comprensivo \_\_\_\_\_  
denominazione scuola \_\_\_\_\_

Allergie e /o intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

**(allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire)**

**2° figlio iscritto**

Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____
Residente a _____ Via _____
C.F. _____
Frequentante la Classe _____ Sezione _____ Istituto Comprensivo _____ _____ denominazione scuola _____
Allergie e /o intolleranze alimentari _____
<b>(allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire)</b>

**3° figlio iscritto**

Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____
Residente a _____ Via _____
C.F. _____
Frequentante la Classe _____ Sezione _____ Istituto Comprensivo _____ _____ denominazione scuola _____
Allergie e /o intolleranze alimentari _____
<b>(allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire)</b>

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi**

**DICHIARA**

<input type="checkbox"/> di aver preso visione dell'avviso pubblico;
<input type="checkbox"/> che il/i propri figlio/i risiedono nel Comune di _____
<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza che il pasto fornito sarà quello previsto dalla tabella dietetica generale o personalizzata;
<input type="checkbox"/> di allegare eventuale certificato medico e dieta speciale (nei casi di particolari patologie o motivi religiosi);
<input type="checkbox"/> di allegare fotocopia del documento di riconoscimento valido di chi ha firmato.

Candida \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_