

COMUNE DI FURCI SICULO (ME)

C.A.P. 98023 P. IVA 003661970833 TEL/FAX 0942-794122
GEMELLATO CON OCTEVILLE SUR MER (F)

Domanda di iscrizione al servizio di:

REFEZIONE SCOLASTICA per l'anno scolastico 2021/2022

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____

Il _____ Codice Fiscale _____

e residente a _____

Via _____ CAP _____ Provincia _____

tel. _____ cell _____ Mail _____

In qualità di _____ del minore _____

regolarmente iscritto per l'a.s. 2021/2022 presso l'I.C. Giudice Livatino di Roccalumera
SEDE DI FURCI SICULO e precisamente

Scuola infanzia Grotte sez. ...

Scuola infanzia Furci Siculo Centro sez. ...

Scuola Primaria Furci Siculo classe sez.....

Consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni ai sensi della legge

CHIEDE

L'iscrizione del minore al servizio in oggetto impegnandosi al pagamento del buono pasto.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e dal Regolamento UE 679/2016 (GDPR - General Data Protection

Regulation), che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Furci Siculo _____ Firma _____



COMUNE DI FURCI SICULO

Città Metropolitana di Messina

C.A.P. 98023 P. IVA 003661970833 TEL/FAX 0942-794122
GEMELLATO CON OCTEVILLE SUR MER (F)

RICHIESTA VARIAZIONE MENU'PER MOTIVI ETICO - RELIGIOSI ANNO SCOLASTICO 2021/2022

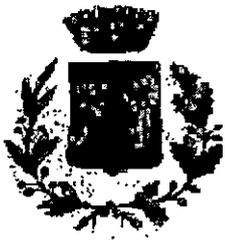
Il sottoscritto/a _____ genitore/tutore del
bambino/a _____ Nato/a a _____
il _____ residente nel Comune di _____
Via _____ n° _____
telefono _____ cellulare _____
iscritto/a alla scuola _____ classe _____
nel comune di _____
usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

CHIEDE

Che vengano sostituite, dalla tabella dietetica in vigore, i seguenti alimenti:

Furci Siculo _____

Firma _____



COMUNE DI FURCI SICULO

Città Metropolitana di Messina

C.A.P. 98023 P. IVA 003661970833 TEL/FAX 0942-794122
GEMELLATO CON OCTEVILLE SUR MER (F)

RICHIESTA VARIAZIONE TABELLA DIETETICA PER INTOLLERANZA/ALLERGIA ALIMENTARE/ALTRA PATOLOGIA A.S. 2021/2022

Il sottoscritto/a _____ genitore/tutore del bambino/a
_____ nato a _____ il _____
residente nel comune di _____ Via _____ n° _____
telefono _____ n° cellulare _____
iscritto alla scuola _____ classe _____
nel comune di _____
usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

- Lunedì
- Martedì
- Mercoledì
- Giovedì
- Venerdì
- Tutti i giorni

CHIEDE

Che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata per l'anno scolastico 2021/2022

ALLEGA

La certificazione medica rilasciata da _____

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e dal Regolamento UE 679/2016 (GDPR - General Data Protection Regulation), che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma _____

Furci Siculo, li _____