

## **MODULO DI ISCRIZIONE**

### **SERVIZIO DI REFEZIONE LUNEDI' E MERCOLEDI'**

SCUOLA PRIMARIA DI SOLBIATE ARNO – A.S. 2023/2024

**Nome e cognome (genitore/tutore).....**

**Codice Fiscale.....**

**Tel. Cell.....**

**e-mail .....**

### **ISCRIVE**

**Nome e cognome (alunno/a).....**

**Codice Fiscale.....**

**Nato/a a..... il .....**

**Residente a ..... via..... n.....**

**Classe..... Sezione.....**

al servizio di **REFEZIONE SCOLASTICA** nei giorni di rientro con orario scolastico pomeridiano al costo di **Euro 5,40 a pasto**.

**DICHIARA** che il/la proprio/a figlio/a:

- NON necessita di alcuna dieta particolare.
- Necessita di una DIETA ALTERNATIVA ETICO-RELIGIOSA, come da RICHIESTA ALLEGATA.
- Necessita di una DIETA SPECIALE per intolleranze e/o allergie, come da RICHIESTA E CERTIFICATO MEDICO ALLEGATI.

Si rammenta che i certificati medici hanno validità annuale e in caso di malattie rare e/o permanenti riconosciute da D. Min. Sanità n. 279 del 18.05.2001 (celiachia, diabete, favismo, ecc...) si estende la validità del certificato all'intera durata del ciclo scolastico.

**Il sottoscritto dichiara inoltre di essere in regola con il pagamento dei servizi integrativi scolastici e di essere consapevole che, nel caso venisse riscontrata una posizione debitoria, la presente iscrizione verrà ritenuta nulla.**

Le modalità per effettuare il pagamento Vi saranno consegnate all'atto dell'iscrizione.

Solbiate Arno, .....

Il genitore/tutore

### **AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I dati personali forniti con la presente scheda di iscrizione verranno trattati esclusivamente per le finalità relative alla gestione del servizio di cui alla presente richiesta; l'utente è consenziente rispetto a ciò e pienamente consapevole dei propri diritti in merito, come da disposizioni del D. Lgs. n. 196/03.

Il genitore/tutore