COMUNE DI LONGI

UFFICIO "ASSISTENZA SCOLASTICA"

e-mail :protocollo@comunelongi.it

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA. ANNO SCOLASTICO 2020/2021.

Il/La sottoscrito/a _____ nato/a _____Provincia(_____)il_____/_____/_____ residente a_____ Via _____ n._____ tel._____ e/mail _____ in qualità di genitore/tutore

CHIEDE

L'ammissione al servizio di refezione scolastica del/lla proprio/a figlio/a:

1) Cognome _____ Nome_____

Nato/a _____ Provincia _____ (_____) il _____/_____/_____ iscritto presso la Scuola (barrare l'opzione):

- o Infanzia;
- o Primaria
- o Secondaria di primo grado

2) Cognome _____ Nome_____

Nato/a _____ Provincia _____ (_____) il _____/_____/_____ iscritto presso la Scuola (barrare l'opzione):

- o Infanzia;
- o Primaria
- o Secondaria di primo grado

3) Cognome _____ Nome_____

Nato/a _____ Provincia _____ (_____) il _____/_____/_____ iscritto presso la Scuola (barrare l'opzione):

- o Infanzia;
- o Primaria
- o Secondaria di primo grado

Si impegna a corrispondere nei tempi e modi prescritti, la tariffa stabilita;

- *Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di carattere civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 ed è consapevole, altresì che qualora si accerta la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni decadrà dal contributo in oggetto.*
- *Il/la sottoscritto relativamente a quanto previsto dall'art. 13 del D. Leg.vo 196/2003 esprime il Suo CONSENSO al trattamento dei dati personali, anche sensibili, compresa la loro comunicazione a terzi, nonché per elaborazioni statistiche da svolgere in forma anonima e per la pubblicazione degli esit, il tutto nel rispetto dei limiti posti dalla Legge 675/96.*

Longi_____

_____

Estremi del documento di identità del dichiarate _____

N.B. In caso di intolleranze dell'alunno/a allegare alla presente certificato medico in busta sigillata.