SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA ANNO 2024/2025

Modulo 1 - Modulo iscrizione per primo anno di fruizione del servizio

Il sottoscritto/a \_

nato a \_\_ \_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale \_

genitore del minore

nato/a a \_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale \_ \_

e **residente** a in via

Telefono \_ \_

Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe:

* SCUOLA INFANZIA : SEZIONE
* SCUOLA PRIMARIA : CLASSE \_\_\_\_\_\_\_\_SEZIONE \_ \_\_\_\_

# CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a sia ammesso/a ad usufruire del servizio di:

# REFEZIONE SCOLASTICA PER L’ANNO 2024/2025

richiede la seguente dieta:

**\_**

* Patologia di tipo cronico, allergie e/o intolleranze alimentari

Allegare certificato del medico curante e/o del medico specialista attestante il tipo di patologia ed indicante gli alimenti da escludere dalla dieta.

* Esigenze etnico - religiose e vegetariane:

Esclusione dei seguenti alimenti:

\_

\_

Dichiara di assumersi la responsabilità sulla scelta effettuata e sulle possibili carenze nutrizionali che si dovessero manifestare nel minore.

Dichiara di essere a conoscenza e di accettare le modalità di fruizione del servizio.

Dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni di Legge riguardo la tutela della privacy e dei dati personali sensibili, manifestandone il consenso al trattamento in modo esclusivo al personale preposto del Comune di Sutri, nonché agli operatori del servizio, in conformità alla normativa vigente sulla privacy.

SUTRI, FIRMA