



# COMUNE DI CETRARO

- Provincia di Cosenza

Via L. De Seta

Tel. (0982) 978211 - Fax (0982) 971392

C.F.: 86000770783 - P.I. 00951830785

[www.comune.cetraro.cs.it](http://www.comune.cetraro.cs.it)

*Diritto allo Studio*

*I° Settore Affari Generali*

Al Dirigente Scolastico  
Ist. Comprensivo Cetraro  
87022 CETRARO CS

Prot. n° 2076  
Del 07.03.2019

OGGETTO: Anno scolastico 2019/2020 – Servizio Mensa Scolastica –

La presente per richiedere la Vostra collaborazione per comunicare ai genitori degli alunni frequentanti che, come da Avviso Pubblico che si trasmette in copia, si invitano a voler presentare la domanda per l'ottenimento del Servizio in oggetto. A tal proposito si invia il modello per la presentazione delle domande, da consegnare agli alunni, significando che le stesse dovranno essere compilate e riconsegnate all'Ufficio scrivente da parte degli interessati (genitori degli alunni) che richiedono il Servizio, **entro e non oltre il 30 APRILE 2019**;  
Ringraziando per la fattiva collaborazione

Il Responsabile del Procedimento

COMUNE DI CETRARO  
Sandra Tundis





## COMUNE di CETRARO

(Provincia di Cosenza)

Via Luigi De seta, 54 - 87022 - Cetraro (Cs)

[www.comune.cetraro.cs.it](http://www.comune.cetraro.cs.it) - Tel.(0982) 978211- Fax (0982) 971392

C.F.:86000770783

Al Sindaco del Comune di Cetraro

### DOMANDA DEL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA Anno scolastico 2019/2020

Il / la sottoscritt \_\_\_\_\_

(Cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

c.f. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ / cell. \_\_\_\_\_

eventuali altri numeri di familiari da utilizzare in caso di necessità \_\_\_\_\_

e- mail \_\_\_\_\_

---

### CHIEDE IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA

Per il/la proprio/a figlio/a:

Cognome e Nome dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Che nell'anno 2019/2020 frequenterà la seguente scuola

\_ Infanzia                      \_ primaria                      \_ secondaria di I° grado

Classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

NOME della SCUOLA \_\_\_\_\_

**DICHIARA DI**

- Accettare l'applicazione della tariffa ripartita a seconda delle fasce di reddito-
- Dichiarazione ISEE : euro \_\_\_\_\_
- Altro (specificare) \_ (ad esempio intolleranza alimentare/Cert. Medico) \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Di accettare l'eventuale emanazione di provvedimenti per il recupero coattivo delle somme in caso di mancato pagamento
- Di non presentare l'Attestazione ISEE e di accettare l'applicazione della TARIFFA MASSIMA
- Di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false.

Firma del genitore \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE!**

La presente domanda deve essere consegnata compilata in ogni sua parte, corredata dell'ATTESTAZIONE ISEE in corso di validità, all'Ufficio Servizi Scolastici entro il 30 APRILE 2019

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dgls 196/2003: I dati raccolti attraverso la compilazione del presente modulo e dei relativi allegati, verranno trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per l'erogazione delle prestazioni richieste, anche mediante accesso e raffronto con i dati già in possesso dell'A.C. secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge e regolamenti. I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei. Il conferimento dei propri dati è obbligatorio se imposto da leggi o regolamenti; facoltativo se connesso soltanto all'accoglimento delle istanze presentate. I suoi dati potranno essere comunicati, anche per l'eventuale trattamento, oltre ai soggetti incaricati all'interno del comune, a soggetti terzi determinati (persone fisiche, società o enti) eventualmente incaricati a svolgere servizi del comune o funzioni strettamente connesse o strumentali alla attività del comune nei limiti strettamente necessari per i compiti loro affidati e altresì per finalità esclusivamente gestionali relative ad incassi, pagamenti ecc. I suoi dati non saranno fatti oggetto di diffusione a terzi indeterminati. Tali dati potranno essere utilizzati al fine della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal d.p.r. 445/2000 (c.d. Testo Unico sulla documentazione amministrativa). Le ricordiamo che in qualità di interessato, lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del codice privacy tra cui, a titolo esemplificativo, quelli di informativa, accesso, rettifica, blocco e cancellazione dati. Titolare del trattamento dei suoi dati personali è il Comune di Cetraro nella persona del Sindaco pro-tempore.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MODULO B: RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI ETICO/RELIGIOSI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

in qualità di:

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola

infanzia       primaria       scuola secondaria di 1° grado

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Operatore scolastico/ docente presso la Scuola

infanzia       primaria       scuola secondaria di 1° grado

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Ai fini della fruizione del servizio mensa per l'a.s. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La somministrazione di dieta speciale per motivi etico/religiosi:

- Dieta priva di carne di maiale
- Dieta priva di ogni tipo di carne
- Dieta vegetariana (priva di carne e pesce)

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art.13).

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

FAC-SIMILE DI CERTIFICATO MEDICO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE  
PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il bambino \_\_\_\_\_ M  F

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

da quanto riferito dal genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale:

Sig.re/ra \_\_\_\_\_

frequentante per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ la scuola:

nido     infanzia     primaria     secondaria di I° grado

(barrare la scuola che interessa)

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE (SPECIFICARE \_\_\_\_\_)

INTOLLERANZA ALIMENTARE (SPECIFICARE \_\_\_\_\_)

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO:

(SPECIFICARE \_\_\_\_\_)

Pertanto:

Si richiede una dieta priva dei seguenti alimenti:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allega alla presente certificazione, in considerazione della particolare patologia sopra indicata, la dieta specifica.

Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta/Specialista

**MODULO A: RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI .**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

in qualità di:

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola

Infanzia       primaria       secondaria di 1° grado

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Operatore scolastico/ docente presso la Scuola

Infanzia       primaria       secondaria di 1° grado

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Ai fini della fruizione del servizio mensa per l'a.s. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La somministrazione di dieta speciale per:

- ALLERGIA ALIMENTARE (si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione).
- INTOLLERANZA ALIMENTARE (si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione).
- CELIACHIA (si allega certificato medico con diagnosi).
- DIETA SPECIALE PER ALTRE CONDIZIONI PERMANENTI QUALI MALATTIE METABOLICHE/ DEFICIT ENZIMATICI (si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione).

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art.13).

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

**FAC-SIMILE DI CERTIFICATO MEDICO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE  
PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA**

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il bambino \_\_\_\_\_ M  F

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

da quanto riferito dal genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale:

Sig.re/ra \_\_\_\_\_

frequentante per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ la scuola:

nido    infanzia    primaria    secondaria di I° grado

(barrare la scuola che interessa)

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE (SPECIFICARE \_\_\_\_\_)

INTOLLERANZA ALIMENTARE (SPECIFICARE \_\_\_\_\_)

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO:

(SPECIFICARE \_\_\_\_\_)

Pertanto:

Si richiede una dieta priva dei seguenti alimenti:

---



---



---



---



---

Allega alla presente certificazione, in considerazione della particolare patologia sopra indicata, la dieta specifica.

Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta/Specialista