



UNIONE MONTANA  
DEI COMUNI  
DELL'APPENNINO REGGIANO



Servizio Sociale ed Educativo Associato  
Polo 2 Castelnovo ne' Monti-Vetto

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA  
SCUOLA PRIMARIA "LA PIEVE" CASTELNOVO NE' MONTI**

*valido per l'intero ciclo scolastico (fino alla 5<sup>a</sup> classe)*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

tel. \_\_\_\_\_, altro tel. \_\_\_\_\_

COD.FISCALE \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

in qualità di genitore/ \_\_\_\_\_ dell'alunno:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, COD. FISCALE \_\_\_\_\_

iscritto/a alla Scuola Primaria "La Pieve", classe/sezione \_\_\_\_\_.

• **che il pagamento della retta sia intestato:**

- al richiedente, come sopra indicato;
- all'altro genitore ( indicare generalità, codice fiscale, indirizzo a cui mandare l'avviso di pagamento)

In caso di variazione del genitore pagante, si dovrà presentare richiesta scritta firmata da entrambi i genitori (allegando documenti d'identità). Il cambio di intestazione avrà effetto dal mese successivo a quello di ricezione della richiesta.

**DICHIARA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A:**

- **non ha allergie, intolleranze** o altri problemi di salute che necessitano di una dieta speciale;
- **per motivi di salute** deve seguire la dieta indicata nel certificato medico, che si allega\*;
- **per motivi etico o religiosi** chiede la somministrazione di alimenti privi di \_\_\_\_\_

**\*N.B.** Nel caso il bambino debba seguire una dieta speciale, deve essere consegnata c/o il Servizio Sociale ed Educativo Associato (Via Roma,14 – Castelnovo ne' Monti) certificazione del medico curante o dello specialista che attesti la patologia e che specifichi gli alimenti da escludere dalla dieta e per quale durata. Questa certificazione sarà trasmessa alla dietista di C.I.R., che predisporrà una dieta personalizzata.

Castelnovo ne' Monti, li \_\_\_\_\_

**Firma per esteso di entrambi i genitori**

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

\_\_\_\_\_  
(firma dell'altro genitore)

**DICHIARA INOLTRE :**

- *di essere a conoscenza che, ai sensi del DPCM n.159/13 e successive modificazioni, possono essere eseguiti controlli. Dichiaro, inoltre, di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false e della possibile decadenza dal diritto di assegnazione del beneficio richiesto;*
- *che ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese.*

Castelnovo ne' Monti, lì \_\_\_\_\_

**Il/la richiedente**

\_\_\_\_\_