



**COMUNE DI PONTERANICA
ASSESSORATO ALLE POLITICHE EDUCATIVE**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL
SERVIZIO MENSA
PER L'ANNO SCOLASTICO 2008/2009**

Il/la sottoscritto/a _____
(COGNOME E NOME DEL GENITORE)

nato/a a _____ il _____

residente in _____ in Via _____ nr. ____

Telefono nr. _____

Codice Fiscale _____

Genitore di _____

(COGNOME E NOME DELL'ALUNNO/A)

nato/a a _____ il _____

che il prossimo anno scolastico 2008/2009 frequenterà la classe ____ Sezione ____ della Scuola

I S C R I V E

Il/la proprio/a figlio/a al servizio mensa

EVENTUALI COMUNICAZIONI:

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003: i dati sotto riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Ponteranica, li/...../2008 Firma leggibile



**COMUNE DI PONTERANICA
ASSESSORATO ALLE POLITICHE EDUCATIVE**

**DOMANDA DI RITIRO DAL
SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA
PER L'ANNO SCOLASTICO 2008/2009**

Il/la sottoscritto/a _____
(COGNOME E NOME DEL GENITORE)
nato/a a _____ il _____
residente in _____ in Via _____ nr. ____
Telefono nr. _____
Codice Fiscale _____

Genitore di _____
(COGNOME E NOME DELL'ALUNNO/A)
nato/a a _____ il _____

che il prossimo anno scolastico 2008/2009 frequenterà la classe _____ Sezione _____ della Scuola

CHIEDE

Di ritirare il/la proprio/a figlio/a dal servizio di refezione scolastica
dal giorno _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003: i dati sotto riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Ponteranica, li/...../2008 Firma leggibile

Asl della Provincia di Bergamo
Settore di Prevenzione
Ufficio di Sanità Pubblica
Via.....
.....

MCsian 09/0

RISTORAZIONE SCOLASTICA RICHIESTA DI DIETA PERSONALIZZATA

Da compilare da parte del genitore

Cognome e nome de/la Bambino/a

.....

Data di nascita.....

Indirizzo.....

Telefono.....

Scuola frequentata.....

Eventuali ulteriori comunicazioni

.....
.....
.....

**E' ASSOLUTAMENTE INDISPENSABILE ALLEGARE
CERTIFICATO MEDICO**

Firma del richiedente

Data

Da consegnare alla scuola

Si comunica che in data.....è stata richiesta all'ASL dieta speciale per il/la
bambino/a.....

Firma del genitore.....Data.....

N.B. La scuola non effettuerà modifiche al menù scolastico fino al ricevimento della tabella
personalizzata MCsian 09/0 Richiesta variazione menù scolastico.