



# COMUNE DI RIVOLI VERONESE

Provincia di Verona

C.A.P. 37010 - Piazza Napoleone I, n° 3

PEC: [protocollo.comune.rivoli.vr@pecveneto.it](mailto:protocollo.comune.rivoli.vr@pecveneto.it)

## MODULO PER RICHIESTA DI FRUIZIONE DEL SERVIZIO DI MENSA SCOLASTICA SCUOLA PRIMARIA ANNO SCOLASTICO 2024-2025

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Genitore di

\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

e frequentante la **SCUOLA PRIMARIA DI RIVOLI VERONESE**, classe \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di ammettere il proprio figlio/a alla fruizione del Servizio di mensa per l'anno scolastico 2024/2025

### SI IMPEGNA

per la frequenza del proprio figlio/a alla mensa, al pagamento delle quote di compartecipazione, rispettando le scadenze previste, prendendo atto che il costo è computato sui giorni scolastici e che non si procederà ad alcun rimborso o sgravio se non a seguito di presentazione di un certificato medico attestante almeno un mese continuativo di assenza;

### DICHIARA che il proprio figlio/a

*(barrare la casella che interessa)*

- Non presenta intolleranze/allergie alimentari o altra patologia che necessiti di diete speciali;
- Presenta la necessità di diete speciali per esigenze etiche e/o religiose:

\_\_\_\_\_

- Presenta la seguente intolleranza/allergia alimentare o patologia che necessiti di diete speciali

\_\_\_\_\_

e allega alla presente apposita certificazione medica attestante la patologia;

- Di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il/la sottoscritto/a sarà passibile di sanzioni penali
- Di essere informato/a, ai sensi del Reg. UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno utilizzati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Allegare copia del documento d'identità del firmatario