-SETTORE SERVIZI SOCIALI E SCOLASTICI-

Prot. n. \_\_\_\_\_ Gagliano del Capo, \_\_\_\_\_

**AL COMUNE DI**

**GAGLIANO DEL CAPO**

**(LE)**

**OGGETTO: Richiesta fruizione SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA.**

**Anno Scolastico 2023/2024-**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ e **residente** nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (LE)

in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_,

Cellulare n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_,

**esercente la responsabilità genitoriale**

**in qualità di:**

❑ genitore ❑ tutore

❑ altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**L’ISCRIZIONE al servizio di REFEZIONE SCOLASTICA -A.S. 2023-2024 del/della MINORE:**

**(1)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Cognome e Nome Minore)

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

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

frequentante la Scuola

❑ dell’INFANZIA -Gagliano Classe\_\_\_\_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ dell’INFANZIA -Arigliano Classe\_\_\_\_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ PRIMARIA - Classe\_\_\_\_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(2)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Cognome e Nome Minore)

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

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

frequentante la Scuola

❑ dell’INFANZIA -Gagliano Classe\_\_\_\_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ dell’INFANZIA -Arigliano Classe\_\_\_\_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ PRIMARIA - Classe\_\_\_\_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(3)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Cognome e Nome Minore)

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

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

frequentante la Scuola

❑ dell’INFANZIA -Gagliano Classe\_\_\_\_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ dell’INFANZIA -Arigliano Classe\_\_\_\_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ PRIMARIA - Classe\_\_\_\_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE, altresì,**

per il/la minore:

**(1)** Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(2)** Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(3)** Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

la fruizione della **DIETA SPECIALE**, come da allegato/i Certificato/i Medico/i.

**DICHIARA**

di essere a conoscenza che la quota di compartecipazione al servizio di refezione scolastica:

* è pari a euro 2,60 per singolo pasto, per i **residenti** nel Comune di Gagliano del Capo;
* è a totale carico (il costo sarà quantificato dopo l’affidamento del servizio), **per i non residenti** nel Comune di Gagliano del Capo;

**ALLEGA**

❑ Fotocopia del documento di riconoscimento e Codice Fiscale del sottoscritto/a richiedente;

❑ Fotocopia Codice Fiscale dell’alunno;

❑ Certificazione Medica:(specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ Altro (specificare) /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRIVACY GDPR 2016/679**

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali ed, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni, come modificato da ultimo dal d.lgs. 10/08/2018 n. 101.

***Gagliano del Capo, \_\_\_\_\_\_\_***

***IL/LA RICHIEDENTE-DICHIARANTE***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**N.B.** La presente va trasmessa per posta elettronica all’indirizzo [**protocollo.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.i**t](mailto:protocollo.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it) o presentata direttamente all’**Ufficio Protocollo** del Comune, entro e non oltre il **25 Agosto 2023**.