



DOMANDA DI ISCRIZIONE SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA A.S. 2026/2027

Con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà ai sensi degli artt. 5,46,47 del D.P.R.n. 445/2000

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome del genitore/ tutore esercente la potestà sul minore che presenta la domanda)

_____ quale (genitore/tutore esercente la potestà sul minore) _____ indicato di seguito,

DICHIARA

I PROPRI DATI ANAGRAFICI:

Nato/a a _____ il _____ Prov. _____ residente in _____

Via _____ n° _____ Telefono _____ Cell. _____

CF _____ E-mail _____

I DATI ANAGRAFICI DEL/LA BAMBINO/A (barrare le caselle ove previsto)

(Cognome e Nome) _____

☐ M☐ F

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____ C.F. _____

Iscritto presso la Scuola:

◇ **Plesso CAMPOLOGO INFANZIA**

◇ **Plesso CAMPOLOGO PRIMARIA**

◇ **Plesso MARSELLA INFANZIA**

◇ **Plesso CASAMARINA PRIMARIA**

◇ **Plesso BIVIO MORTOLA (LOC.CENTRO STORICO) INFANZIA**

SEZ _____

CLASSE _____

DICHIARA

(Barrare la casella ove previsto)

Che il proprio figlio/a

☐ non necessita di dieta speciale

☐ necessita di dieta speciale con l'esclusione dei seguenti alimenti:

e a tal fine allega apposito certificato medico

☐ necessita di dieta etico-religiosa con l'esclusione dei seguenti alimenti:

I DATI ANAGRAFICI DEL/LABAMBINO/A: *(barrare le caselle ove previsto)*

(Cognome e Nome) _____

M

F

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____ C.F. _____

Iscritto presso la Scuola:

◇ **Plesso CAMPOLOGO INFANZIA**

◇ **Plesso CAMPOLOGO PRIMARIA**

◇ **Plesso MARSELLA INFANZIA**

◇ **Plesso CASAMARINA PRIMARIA**

◇ **Plesso BIVIO MORTOLA (LOC.CENTRO STORICO) INFANZIA**

SEZ _____

CLASSE _____

DICHIARA

(Barrare la casella ove previsto)

Che il proprio figlio/a

☐ non necessita di dieta speciale

☐ necessita di dieta speciale con l'esclusione dei seguenti alimenti:

e a tal fine allega apposito certificato medico

☐ necessita di dieta etico-religiosa con l'esclusione dei seguenti alimenti:

AUTORIZZA

il trattamento dei dati esclusivamente per l'espletamento dei fini istituzionali e l'attivazione del servizio in questione, come previsto dal D. Lgs. n. 196/2003.

Rocca D'Evandro _____

Firma del Genitore/tutore esercente la potestà sul minore

(Allegare fotocopia del documento di identità)