



**Amministrazione destinataria**  
Comune di Castelraimondo

**Ufficio destinatario**  
Ufficio servizi sociali

## Domanda di variazione del servizio di mensa scolastica

*anno scolastico* /

### Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

|                    |                |           |                             |        |                |                               |       |       |     |     |
|--------------------|----------------|-----------|-----------------------------|--------|----------------|-------------------------------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome            |                | Nome      |                             |        | Codice Fiscale |                               |       |       |     |     |
| Data di nascita    |                | Sesso     | Luogo di nascita            |        | Cittadinanza   |                               |       |       |     |     |
| Residenza          |                |           |                             |        |                |                               |       |       |     |     |
| Provincia          | Comune         | Indirizzo |                             | Civico | Barrato        | Interno                       | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso |           | Posta elettronica ordinaria |        |                | Posta elettronica certificata |       |       |     |     |

### del bambino

|                 |        |           |                  |        |                |         |       |       |     |     |
|-----------------|--------|-----------|------------------|--------|----------------|---------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome         |        | Nome      |                  |        | Codice Fiscale |         |       |       |     |     |
| Data di nascita |        | Sesso     | Luogo di nascita |        | Cittadinanza   |         |       |       |     |     |
| Residenza       |        |           |                  |        |                |         |       |       |     |     |
| Provincia       | Comune | Indirizzo |                  | Civico | Barrato        | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |

### iscritto alla scuola

|        |        |         |
|--------|--------|---------|
| Scuola | Classe | Sezione |
|--------|--------|---------|

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

- l'aggiornamento dei dati relativi alla residenza  
*(i nuovi dati sono quelli indicati per il genitore, tutore o affidatario)*
- l'aggiornamento dei dati relativi ai recapiti personali (posta elettronica, telefono)  
*(i nuovi dati sono quelli indicati per il genitore, tutore o affidatario)*
- l'aggiornamento dei dati relativi alla scuola frequentata  
*(i nuovi dati sono quelli indicati per il genitore, tutore o affidatario)*

la modifica della dieta prescelta

non usufruendo di una dieta speciale

usufruendo di una dieta speciale

**Dieta richiesta**

per motivi sanitari

**pertanto allega copia del certificato medico**

per motivi etici o religiosi

**Descrizione dieta richiesta**

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)**

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

copia del certificato medico

copia del documento di identità

*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Castelraimondo

**Luogo**

**Data**

**il dichiarante**