



**Modulo iscrizione refezione scolastica
Anno 2018-2019**

Dichiarazione sostitutiva

(art.46 D.PR. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome del genitore o del tutore)

nato a _____ () il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ ()
(luogo) (prov.)

in Via _____ n. _____
(indirizzo)

codice fiscale del genitore o del tutore

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N. Tel. _____ N. Tel. Cellulare _____ N. Tel. Cellulare _____

E-mail _____

in qualità di padre madre tutore

CHIEDE

di potere iscrivere il proprio figlio/a al Servizio di Refezione Scolastica per l'anno scolastico 2018/2019:

1° figlio iscritto

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

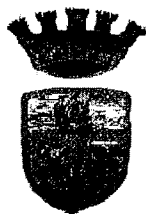
Residente a _____ Via _____

C.F. _____

Frequentante la Classe _____ Sezione _____ Scuola _____

Allergie e /o intolleranze alimentari _____

(allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire)



COMUNE DI META

(CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI)

SETTORE 1 DIPARTIMENTO 1

Pubblica Istruzione

FUNZIONARIO RESPONSABILE: I.D. Rina Paolotti

2° figlio iscritto

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ Via _____

C.F. _____

Frequentante la Classe _____ Sezione _____ Scuola _____

Allergie e /o intolleranze alimentari _____

allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire)

3° figlio iscritto

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ Via _____

C.F. _____

Frequentante la Classe _____ Sezione _____ Scuola _____

Allergie e /o intolleranze alimentari _____

(allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire)

4° figlio iscritto

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ Via _____

C.F. _____

Frequentante la Classe _____ Sezione _____ Scuola _____

Allergie e /o intolleranze alimentari _____

(allegare certificazione medica e eventuale dieta da seguire)

Via Municipio 13 – 80062 M E T A (NA) – tel. 081 5321498 – fax 081 5322885

C.F. 00423370634 – 01241931219

e-mail rina.paolotti@comune.meta.na.it



consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- di aver preso visione della Informativa e delle note operative
- che il/i propri figlio/i risiedono nel Comune di _____
- di allegare eventuale certificato medico e dieta speciale
- di allegare fotocopia del documento di riconoscimento valido di chi ha firmato.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR" o "Regolamento") in merito al trattamento dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA FIRMA DEL GENITORE O TUTORE _____

SI RAMMENTA CHE QUALORA IL RICHIEDENTE NON FOSSE IN REGOLA CON I PAGAMENTI DEGLI ANNI PRECEDENTI, E/O NON FOSSERO CORRETTAMENTE COMPILATI TUTTI I CAMPI INDICATI NELLA PRESENTE RICHIESTA, NON SARA' POSSIBILE EFFETTUARE L'ISCRIZIONE