

	Amministrazione destinataria Regione Abruzzo Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	
--	---	--

Domanda di variazione del servizio di mensa scolastica

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	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					
iscritto alla scuola											
Scuola			Classe			Sezione					

CHIEDE

☐	l'aggiornamento dei dati relativi alla residenza <i>(i nuovi dati sono quelli indicati per il genitore, tutore o affidatario)</i>
☐	l'aggiornamento dei dati relativi ai recapiti personali (posta elettronica, telefono) <i>(i nuovi dati sono quelli indicati per il genitore, tutore o affidatario)</i>
☐	l'aggiornamento dei dati relativi alla scuola frequentata <i>(i nuovi dati sono quelli indicati per il genitore, tutore o affidatario)</i>
☐	la modifica della dieta prescelta
☐	non vuole più usufruire una dieta speciale
☐	vuole usufruire 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

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 d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa) |
| ☐ | altri allegati (specificare) |

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. |
|--------------------------|--|

Luogo	Data	Il dichiarante