# AL COMUNE DI TORRICE (FR)

**OGGETTO: Richiesta fruizione SERVIZIO MENSA SCOLASTICA. Anno Scolastico 2025/2026**

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il / / e **residente** nel Comune di (FR)

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 MENSA SCOLASTICA -A.S. 2025-2026 del/della MINORE:**

**(1)**

(Cognome e Nome Minore) nato/a a il / /

C.F. / / / / / / / / / / / / / / / frequentante la Scuola

* dell’INFANZIA -Torrice - Classe Sez
* PRIMARIA – Torrice - Classe Sez

**(2)**

(Cognome e Nome Minore) nato/a a il / /

C.F. / / / / / / / / / / / / / / / frequentante la Scuola

* dell’INFANZIA -Torrice - Classe Sez
* PRIMARIA – Torrice – Classe Sez

**(3)**

(Cognome e Nome Minore) nato/a a il / /

C.F. / / / / / / / / / / / / / / / frequentante la Scuola

* dell’INFANZIA – Torrice- Classe Sez
* PRIMARIA – Torrice - 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 in regola con i pagamenti con riferimento all’anno scolastico 2024/2025. Sì , NO ;
  + di voler sanare i mancati pagamenti con riferimento all’anno scolastico 2024/2025, avvalendosi della

possibilità di riversare le somme non versate (ENTRO e NON OLTRE il 30/09/2025. Sì , NO ;

* + di voler richiedere una rateizzazione per sanare la posizione debitoria pregressa, mediante versamento della prima rata ENTRO e NON OLTRE il 30/09/2025. Sì , NO ;
  + di essere a conoscenza che la quota di compartecipazione al servizio di refezione sarà comunicato successivamente dal Comune di Torrice con avviso pubblico.

**Si evidenzia che il Comune di Torrice effettuerà controlli in merito alla veridicità di quanto dichiarato.**

# 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 e, 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.

***Lugo ,Data***

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