

DOMANDA PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA – A.S. 2026/2027

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ () il _____ C.F. _____
Residente a _____ Via/Piazza _____
email _____ cellulare _____
in qualità di _____

**CHIEDE
L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO MENSA PER IL/LA MINORE**

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ () il _____ C.F. _____
Residente a _____ Via/Piazza _____

FREQUENTANTE la Classe ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 della Scuola Primaria di Capodimonte

A tal fine, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA che il/la minore

- **Necessita di diete specifiche** per intolleranze/allergie alimentari, celiachia (allegare il certificato del Medico Pediatra)
- **Necessita di diete particolari** per motivi di credo religioso (allegare in carta semplice l'elenco degli alimenti di cui si richiede l'esclusione)

DICHIARA altresì

Di appartenere alla seguente fascia di reddito

- ☐ Da € 0,00 a € 5.000,00
- ☐ Da € 5.001,00 a € 12.000,00
- ☐ Oltre € 12.000,00

ALLEGA:

- Documento di identità in corso di validità di chi sottoscrive la domanda;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Certificato del Medico Pediatra da cui risultino intolleranze, allergie alimentari e/o celiachia, nonché l'elenco degli alimenti di cui si richiede l'esclusione.

Firma del RICHIEDENTE

Data _____
