

	Amministrazione destinataria Comune di Cernobbio	
	Ufficio destinatario Ufficio Servizi scolastici	

**Domanda di iscrizione al servizio di mensa scolastica**  
*Per tutti gli anni di frequenza del ciclo scolastico*

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario						
Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza		
Residenza						
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	SNC CAP
						<input type="checkbox"/>
Domicilio						
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	SNC CAP
						<input type="checkbox"/>
Telefono fisso		Telefono cellulare	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	SNC CAP
						<input type="checkbox"/>

iscritto alla scuola		
Scuola	Classe	Sezione

**CHIEDE**

l'iscrizione al servizio di mensa scolastica per tutti gli anni di frequenza del ciclo scolastico

<input type="radio"/>	non usufruendo di una dieta speciale
<input type="radio"/>	usufruendo di una dieta speciale
<input type="radio"/>	per motivi sanitari
	<b>pertanto allega certificato medico</b>
<input type="radio"/>	per motivi etici o religiosi
<input type="radio"/>	per altri motivi
<b>Dieta richiesta</b>	

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)*

<input type="checkbox"/>	copia del certificato medico
<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	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)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Cernobbio		
Luogo	Data	Il dichiarante