



COMUNE DI SCIOLZE

CITTA' METROPOLITANA DI TORINO

Al Comune di Sciolze - Ufficio Scolastico

MODULO D'ISCRIZIONE AL SERVIZIO MENSA A.S. 2025/2026 SCUOLA INFANZIA

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____,
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Telefono _____ Cellulare _____
Indirizzo e-mail _____
recapito telefonico dell'altro genitore _____

CHIEDE
per l'anno scolastico 2025/2026

l'iscrizione alla mensa scolastica, costo buono pasto € 5,50 con acquisto anticipato dei buoni da inserire giornalmente nello zainetto del bambino (con data, nome e cognome) o consegnare direttamente presso la scuola dell'infanzia

per i sottoelencati figli presenti nel mio nucleo familiare anagrafico e frequentanti la scuola dell'infanzia di Sciolze:

1° Figlio

Cognome _____ Nome _____
nato a _____ il _____ C.F. _____

Il bambino necessita di una dieta alimentare speciale:

SI - NO

Se sì, presentare il modello "Richiesta di dieta speciale" debitamente compilato.

2° Figlio

Cognome _____ Nome _____
nato a _____ il _____ C.F. _____

Il bambino necessita di una dieta alimentare speciale:

SI - NO

Se sì, presentare il modello "Richiesta di dieta speciale" debitamente compilato.

DICHIARO

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg.to UE 2016/679 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/la dichiarante _____



Modulo Richiesta di Pasto alternativo per motivazione Sanitarie, Etiche o Religiose

Anno scolastico 2025/2026

Comune di _____

Il sottoscritto /a (Nome Cognome) _____

Genitore/tutore di (Nome Cognome alunno) _____

Il sottoscritto/a operatore scolastico /Docente _____

Telefono /cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) _____

Indirizzo di posta elettronica (facoltativo) _____

Scuola di riferimento: Nome scuola _____ classe _____ sezione _____

Nido Infanzia Primaria secondaria I° grado

Contrassegnare i giorni di rientro:

Lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì

Il sottoscritto come sopra identificato:

1. Richiede per il proprio figlio frutto del servizio di refezione scolastica, pasto alternativo per la seguente motivazione:

● Motivazione religiosa

no tutti i tipi di carne

no suino

no bovino

altro (specificare) _____

● Motivazione etica

Dieta ovo-latto vegetariana (no carne, no pesce, si uova, latte e derivati)

Dieta vegana (no carne, no pesce, no uova, no latte e derivati)

● Motivazione sanitaria (specificare patologia e/o intolleranza)

2. In caso di necessità di dieta speciale per intolleranza o allergia è necessario allegare specifica documentazione (certificato medico) riportante la patologia/intolleranza con gli alimenti da escludere dalla dieta.

3. La richiesta è ritenuta valida per l'intero anno scolastico.

4. Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ASL/ASP.

Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.

Luogo e data

Firma leggibile

Tutti i dati personali e sensibili comunicati dal soggetto Interessato, sono trattati dal Titolare del trattamento sulla base di uno o più dei seguenti presupposti di liceità: quali l'erogazione di servizi richiesti espressamente dall'Interessato (Art. 6.1.a Reg. UE 679/2016); rispondere ad un obbligo di legge (Art. 6.1.c Reg. UE 679/2016); esercitare un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri (Art. 6.1.e e Art. 9.2.g Reg. UE 679/2016); il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali da parte dell'Interessato o di un'altra persona fisica (Art. 6.1.d e Art. 9.2.c Reg. UE 679/2016).

Sede legale: Via Basilio Sposato, 35 – 88046 Lamezia Terme (CZ)
Telefono 0968-434659 - Fax 0968-1940418 – E-mail: info@scamarsrl.it – Pec: scamarsrl@pec.it

Sede secondaria: Loc. Germaneto – 88100 Catanzaro
www.scamarsrl.it - P. Iva: 02459910796 – Iscr. C.C.I.A.A. CZ n° 165877