



COMUNE DI SAN FRATELLO
CITTA' METROPOLITANA DI MESSINA

AVVISO PUBBLICO

SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA
a.s. 2024/2025

Si comunica che dal **7.10.2024** avrà inizio il servizio di refezione scolastica per gli alunni frequentanti le scuole dell'Infanzia, Primaria e Secondaria che effettuano il rientro pomeridiano.

Si invitano le famiglie degli alunni interessati, a ritirare, presso l'URP di questo Comune o scaricare dal sito internet www.comune.sanfratello.me.it, il modello di richiesta del servizio e a comunicare eventuali casi di allergie e/o intolleranze alimentari, mediante compilazione del modulo allegato alla presente, completo di certificazione medica.

San Fratello 24.09.2024

IL RESPONSABILE DELL'AREA AMMINISTRATIVA
Sig.ra Reitano Rosalia Anna

R. Reitano



Al Responsabile dell' Area Amministrativa
del Comune di San Fratello

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente in San Fratello, via _____

Tel _____ genitore dell'alunno _____

Frequentante la classe _____ della Scuola :

- Infanzia
- Primaria
- Secondaria

CHIEDE

Che il/la proprio/a figlio/a possa usufruire del servizio di refezione scolastica per l'anno scolastico 2024/2025. Si impegna a corrispondere per ogni pasto la somma di € _____.

San Fratello, li _____

FIRMA

ESTREMI VERSAMENTO

MESE	BOLLO N.	DATA	BLOCCO N.	FIRMA PER RICEVUTA
OTTOBRE				
NOVEMBRE				
DICEMBRE				
GENNAIO				
FEBBRAIO				
MARZO				
APRILE				
MAGGIO				

OGGETTO: Dichiarazione allergie ed intolleranze alimentari

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome	Sesso
			M F
Data di nascita	Luogo di nascita		
Indirizzo residenza		Città di residenza	
Telefono abitazione	Telefono cellulare	Indirizzo E-mail	

in qualità di (barrare la casella del caso): genitore _____

dell'utente del servizio di refezione scolastica di seguito indicato:

Cognome		Nome	Sesso
			M F
Data di nascita	Luogo di nascita		

Scuola frequentata	
Classe _____	
<input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia di _____	
<input type="checkbox"/> Scuola Primaria di _____	
<input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di 1° grado di _____	

previamente informato/a e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché dei controlli che potranno essere svolti ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, **SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ**

DICHIARA

che il proprio figlio, per motivi etici o religiosi, non può assumere i seguenti alimenti:

che il proprio figlio è affetto da:

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
- _____

così come risulta dal certificato medico allegato alla presente e rilasciato recentemente dai Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali e/o sensibili forniti con la presente richiesta saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Le informazioni fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad altri soggetti qualora ciò si renda necessario ai fini dell'elaborazione e della somministrazione della dieta speciale. Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Ostra. Con la firma apposta in calce alla presente, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte.

IL DICHIARANTE

.....