

	Amministrazione destinataria Comune di Scanzorosciate Ufficio destinatario Pubblica istruzione	
---	---	--

Domanda di interruzione della dieta speciale per la mensa scolastica anno scolastico /

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

genitore dell'alunno									
Cognome			Nome			Codice Fiscale			
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza		

frequentante la scuola primaria									
Scuola primaria frequentata									
<input type="radio"/>	Pascoli (Scanzo)								
<input type="radio"/>	Moro (Rosciate)								
<input type="radio"/>	De Sabata (Tribulina)								
Classe									
Monte ore									
<input type="radio"/>	27 ore								
<input type="radio"/>	30 ore								

CHIEDE

l'interruzione della somministrazione della dieta speciale

a partire dal
Data interruzione

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 documento d'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.
--------------------------	--

Scanzorosciate		
Luogo	Data	Il dichiarante