



COMUNE DI SAN GREGORIO MAGNO PROVINCIA DI SALERNO

Piazza Municipio -84020 - tel. 0828/955244 -
C.F. 82001770658 - p.IVA 02025280658

<http://www.comune.sangregoriomagno.sa.it>

AREA AMMINISTRATIVA –SERVIZIO SCOLASTICO

Al comune
di San Gregorio Magno
Ufficio protocollo

RICHIESTA FRUIZIONE MENSA SCOLASTICA

DATI DEL RICHIEDENTE (GENITORE/TUTORE)

COGNOME _____	NOME _____
nato/a _____	il _____
_____	Cittadinanza _____
_____	Codice Fiscale: _____
Residente a _____	in Via _____

C H I E D E

Che il/la proprio figlio/a possa fruire, per l'anno scolastico 2024/2025, del servizio di refezione scolastica così come reso dall'Amministrazione Comunale, previo versamento della quota di compartecipazione al costo del pasto secondo quanto determinato con delibera di Giunta comunale n. 2/2024 del 11.01.2024 come di seguito indicato:

- Per gli alunni della scuola primaria e media superiore di primo grado (media):

• ticket giornaliero € 2,00		
-----------------------------------	--	--

- Per gli alunni della scuola dell'infanzia:

• ticket giornaliero € 2,00	• abbonamento mensile € 30,00	• abbonamento annuale € 200,00 (ottobre 2024 – maggio 2025)
-----------------------------------	-------------------------------------	--

(scegliere modalità di fruizione)

La richiesta è relativa al/i figlio/i:

1) Cognome _____ Nome _____

Residente nel Comune di _____

frequentante la sezione _____ della scuola O **Infanzia** O **Primaria** O **Secondaria di I grado**
(barrare la O relativa alla scuola in cui è iscritto)

2) Cognome _____ Nome _____

Residente nel Comune di _____

frequentante la sezione _____ della scuola O **Infanzia** O **Primaria** O **Secondaria di I grado**
(barrare la O relativa alla scuola in cui è iscritto)

3) Cognome _____ Nome _____

Residente nel Comune di _____

frequentante la sezione _____ della scuola O **Infanzia** O **Primaria** O **Secondaria di I grado**
(barrare la O relativa alla scuola in cui è iscritto)

Dichiara inoltre di impegnarsi, in presenza di patologie quali allergie, intolleranze, malattie metaboliche ecc., ad allegare alla presente domanda certificato medico valido rilasciato da pediatri di base o da specialisti in allergologia e malattie metaboliche (nel caso di utilizzo di prodotti dietetici particolari e' necessario che vengano prescritti nel medesimo certificato);

Lì, _____

Firma _____

Allegati:

- 1) **Fotocopia non autenticata del documento di identità**
- 2) **Foto formato tessera del/dei figlio/i per cui viene presentata la richiesta di abbonamento (non è necessaria in caso di pagamento con ticket giornaliero).**
- 3) **Certificazione medica (depennare se non allegata).**

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196. I dati personali che Lei comunicherà a questo Servizio saranno utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi in corso e dei controlli previsti dalla legge. Si rende noto che le informazioni da Lei fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad Enti e/o soggetti Pubblici nei limiti previsti da norme di legge o regolamenti, o quanto ciò risulti necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali.

La presente domanda compilata in tutte le sue parti deve essere consegnata all'Ufficio protocollo del Comune negli orari di apertura al pubblico (dal lunedì al venerdì ore 9.00-12.00; martedì e giovedì ore 16.00-17.30) oppure via PEC all'indirizzo: protocollo.sangregoriomagno@asmepec.it.