

Oggetto: richiesta servizio mensa scolastica – anno scolastico 2023/2024

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il residente a _____

in Via _____ N. _____ Tel _____

in qualità di genitore,

Chiede l'ammissione al servizio di mensa scolastica

dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____ frequentante la scuola:

- Scuola dell'**Infanzia** di Careri Centro;
- Scuola dell'**infanzia** della Frazione Natile Nuovo, Classe ____ Sez. _____;

INFORMAZIONI SUL SERVIZIO

- Per gli alunni della Scuola dell'Infanzia il servizio viene erogato su 5 gg. settimanali dal lunedì al venerdì.
- In caso di allergie e/o intolleranze alimentari è obbligatorio compilare l'ALLEGATO A e allegare il **certificato medico** riportante l'esatta patologia, gli alimenti allergizzanti e le reazioni che tali alimenti possono causare. **Il certificato medico e l'allegato A vanno inseriti in una busta chiusa riportante il nome e cognome dell'alunno o del genitore.**
- Per regimi alimentari diversi, legati alla fede religiosa e/o altro, compilare **dichiarazione** dei genitori da allegare in busta chiusa (ALLEGATO A).
 - La tariffa applicata al servizio per l'anno scolastico 2023/2024 è di € **2,00 a pasto**.**I pagamenti dovranno essere effettuati** tramite bollettino Pago PA che potranno essere ritirati presso la sede del commune;

La fruizione del servizio mensa scolastica è subordinata a richiesta formale mediante il presente modulo che dovrà essere firmato e riconsegnato all'ufficio protocollo del Comune di Careri (nelle ore antimeridiane dal lunedì al venerdì dalle h. 9,00 alle 13,00 e e pomeridiane dalle h 15:00 alle 18:00).

La mancata consegna del modulo debitamente sottoscritto nel termine stabilito verrà intesa come volontà di non usufruire del servizio e lo stesso non verrà quindi erogato.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni sopra riportate e si impegna al pagamento del contributo mensile, secondo le modalità stabilite dall'Amministrazione Comunale.

Careri _____

Firma

ALLEGATO A

DICHIARAZIONE REGIMI DIETETICI PARTICOLARI

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ in Via _____
N. _____ Tel. _____ In qualità di genitore
dell'alunno/a _____

dichiara che il proprio figlio/a segue regimi dietetici particolari:

- **Allergia/Intolleranza** (specificare alimento da non somministrare e allegare certificato medico)

- **Motivi religiosi** (specificare alimento da non somministrare)

- **Vegetariano** (specificare alimento da non somministrare)

- **Vegano** (specificare alimento da non somministrare)

- **Altro**

DATA

FIRMA