



PIAZZA DEI CADUTI - PALAZZO GIANNANTONIO - TEL. 0835.585.711 FAX 0835.581.208
P. I. 00116240771 C.F. 81001230770 - WEB SITE: WWW.COMUNEPISTICCI.IT

Settore I: Servizi Demografici - Scolastici - Sociali - Cultura, Biblioteche, Turismo e Sport - Attività Produttive - S.U.A.P..



75015

Spett.le Comune di Pisticci
Ufficio Scuola
PISTICCI

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI MENSA SCOLASTICA.
ANNO SCOLASTICO 2021/22.

.....1..... sottoscritt.....:

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita
Residenza: Comune Pisticci	Provincia Matera C.A.P.
Via, Piazza, Viale, ecc.	frazione / contrada Nr.
Telefono fisso	Telefono Cellulare
Codice Fiscale	e-mail

chiede di iscrivere propri figli al Servizio di mensa scolastica:

➤ **1° figlio**

Cognome	Nome
<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina
Luogo di nascita	Data di nascita
Residenza: Comune Pisticci	Provincia Matera C.A.P.
Via, Piazza, Viale, ecc.	frazione / contrada Nr.
<input type="checkbox"/> Istituto Comprensivo "Padre Pio da Pietrelcina"	<input type="checkbox"/> Istituto Comprensivo "Quinto Orazio Flacco"
<input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia - Classe Sez. - Sede	
<input type="checkbox"/> Scuola Primaria - Classe Sez. - Sede	
<input type="checkbox"/> Scuola Second. 1° grado - Classe Sez. - Sede	
<input type="checkbox"/> Alunno con dieta particolare (allegare dieta e prescrizione medica).	

➤ **2° figlio**

Cognome		Nome		
<input type="checkbox"/> Maschio		<input type="checkbox"/> Femmina		
Luogo di nascita		Data di nascita		
Residenza: Comune	Pisticci	Provincia	Matera	C.A.P.
Via, Piazza, Viale, ecc.		frazione / contrada		Nr.
<input type="checkbox"/> Istituto Comprensivo "Padre Pio da Pietrelcina"	<input type="checkbox"/> Istituto Comprensivo "Quinto Orazio Flacco"			
<input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia	- Classe	Sez.	- Sede	
<input type="checkbox"/> Scuola Primaria	- Classe	Sez.	- Sede	
<input type="checkbox"/> Scuola Second. 1° grado	- Classe	Sez.	- Sede	
<input type="checkbox"/> Alunno con dieta particolare (allegare dieta e prescrizione medica).				

.....I..... sottoscritt..... dichiara:

- Che la situazione reddituale ed economica del nucleo familiare del richiedente, valida ai fini del modello I.S.E.E. (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) in corso di validità è pari ad €
- di impegnarsi a versare la relativa retta nella misura e secondo le modalità previste dalla codesta Amministrazione Comunale;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. nr. 196 del 30 giugno 2003 e del GDPR 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento inerente il servizio trasporto, dandone, a tal fine, il consenso al trattamento ove gli stessi assumano la connotazione di dati sensibili.

SI ALLEGA:

- copia fotostatica del documento di identità del genitore pagante;
- (eventuale) dieta particolare corredata di certificazione medica.

Pisticci, lì

In fede

Annotazioni:

- **compilare il modello in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile;**
- **dovranno necessariamente essere indicati il numero telefonico e la mail;**
- **per l'iscrizione di un/una eventuale 3° o 4° figlio/a, aggiungere altri riquadri fotocopiando la 2^ pagina;**
- **l'istanza dovrà essere trasmessa:**
 - mediante pec al seguente indirizzo: comune.pisticci@cert.ruparbasilicata.it
 - mediante mail al seguente indirizzo: mensa@comunedipisticci.it