

AL SIG. SINDACO  
DEL COMUNE DI CASTELLABATE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Tel. e/o cell. \_\_\_\_\_ in qualità di genitore/ altro esercente la patria  
potestà,

**chiede**  
**di usufruire del servizio mensa scolastica**

per \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

iscritto/a per l'anno scolastico 2017/2018, presso la scuola dell'infanzia (ex scuola  
materna) di \_\_\_\_\_,

**dichiara**

- Che il minore non è soggetto ad allergie alimentari,
- Che il minore non soffre di celiachia.
- Che il minore soffre di celiachia (allegare certificato medico) e pertanto ha bisogno di usufruire di menù specifico;

**dichiara**  
**inoltre**

di essere a conoscenza che il blocchetto con n. 20 buoni pasto va ritirato all'ufficio pubblica istruzione a seguito di consegna di ricevuta versamento e che i tagliandi vanno consegnati giornalmente alla scuola di frequenza, possibilmente con data e nome del bambino.

Il/La sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali .

Castellabate \_\_\_\_\_

**FIRMA**  
**del genitore o l'esercente la patria potestà**

\_\_\_\_\_

Si allegano:

- fotocopia proprio documento di identità
- ricevuta del versamento € 45,00 effettuato sul ccp 18957845 intestato a Comune di Castellabate servizio tesoreria – causale: "mensa scolastica"