



Amministrazione destinataria  
Comune di Fiumicello Villa Vicentina

Ufficio destinatario  
Ufficio ragioneria

## Domanda di variazione o rinuncia del servizio di mensa scolastica

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

### del bambino

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza

### iscritto alla scuola

Scuola

infanzia "Arcobaleno" di Villa Vicentina  
Sezione \_\_\_\_\_

infanzia "R. Micheli" di Fiumicello  
Sezione \_\_\_\_\_

primaria "G. Garibaldi" di Fiumicello  
Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'aggiornamento dei dati relativi alla propria residenza

Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
-----------	--------	-----------	--	--------	---------	-------	-------	------------------------------	-----

l'aggiornamento dei dati relativi alla residenza dell'alunno

Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
-----------	--------	-----------	--	--------	---------	-------	-------	------------------------------	-----

l'aggiornamento dei dati relativi ai recapiti personali (telefono, email)

Telefono	Posta elettronica ordinaria			
----------	-----------------------------	--	--	--

l'aggiornamento dei dati relativi alla scuola frequentata

**Scuola**

**Classe**

**Sezione**

la modifica della dieta prescelta

non vuole più usufruire di una dieta speciale

vuole usufruire di una dieta speciale

per motivi di salute

**pertanto allega copia del certificato medico**

per motivi culturali o religiosi

**pertanto allega Dichiarazione con le specifiche caratteristiche della dieta per motivi religiosi o culturali**

l'applicazione della tariffa ridotta

del 30% prevista per i nuclei familiari con più di due figli utenti del servizio (indicare i nominativi degli altri figli utenti)

**cognome**

**nome**

cognome	nome

del 50% prevista per i nuclei familiari con importo ISEE inferiore agli 8.000,00 €

**pertanto allega Copia dell'attestazione ISEE**

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Fiumicello Villa Vicentina

**Luogo**

**Data**

**Il dichiarante**

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del certificato medico
- copia dell'attestazione ISEE
- dichiarazione con le specifiche caratteristiche della dieta per motivi religiosi o culturali
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### 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)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.