



COMUNE DI GERMIGNAGA

PROVINCIA DI VARESE

C.A.P. 21010 Via A. Diaz, 11 Tel.0332/531337 Fax 0332/531703

C.F./P.I. 00343860128

N.di prot. 1903

Germignaga li 15.6.2024

**SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA - UFFICIO PUBBLICA ISTRUZIONE
MODULO DI ISCRIZIONE SERVIZIO MENSA – A.S. 2024/2025
ISCRIZIONI ENTRO IL 28/06/2024 - presso la biblioteca comunale**

I sottoscritti

Nome e cognome madre _____

Nome e cognome padre _____

Cellulare _____

e-mail _____

Genitori/tutori/affidatari dell'alunno/a

Nome e cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Indirizzo e Comune di residenza _____

Iscritto per l'a.s. 2024/2025 alla classe _____

consapevoli delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

CHIEDONO L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO MENSA PER L'ANNO SCOLASTICO 2024/2025

Tipo iscrizione prima iscrizione rinnovo iscrizione

Regime dietetico normale dieta allergia/intolleranza (allegare modulo e certificato medico)

dieta religiosa (allegare modello) dieta per disgusto (allegare modello)

Per gli alunni NON residenti (a esclusione dei residenti nel Comune di Brezzo di Bedero), all'atto dell'iscrizione va consegnato il pagamento della quota di ammissione al servizio pari a **€ 80,00** da effettuare tramite "PagoPa Spontaneo":

- collegarsi al sito del Comune di Germignaga e scegliere servizio online pagoPa
- selezionare "Pagamento Spontaneo"
- scegliere il servizio "Buoni mensa scolastica" e compilare tutti i dati

Il costo del buono mensa è confermato in **€ 4,50 a pasto**, da pagare mediante

- sito internet www.acmeitalia.it/grs800/web156/login.asp accedendo con badge e password
- ricevitoria Mini Bar di Micheletti - P.zza XX Settembre/via Cadorna - comunicando il numero del badge

Firme leggibili di entrambi i genitori

DATI DA COMPILARE AI FINI DELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI

Nome e cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Residenza _____ in via _____

cell. _____ e-mail _____

Consenso al trattamento dei dati personali, anche particolari, articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679.

Il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali, conscio che alcuni di questi potrebbero rientrare nel novero dei dati particolari (l'origine razziale, ecc.) di cui all'art. 9 e che saranno trattati nel rispetto delle misure di sicurezza prescritte dal Garante della privacy. I dati personali acquisiti saranno utilizzati, esclusivamente per l'evasione della Sua richiesta. Il conferimento è facoltativo; il mancato conferimento e del consenso al loro trattamento comporta l'impossibilità di evadere l'ordine. Le è garantito il diritto di chiedere l'accesso ai dati personali, la rettifica, la cancellazione o la limitazione del trattamento, inoltre può revocare il consenso in qualsiasi momento, senza peraltro pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato in precedenza, nonché proporre reclamo all'Autorità Garante (art. 77). Al termine del rapporto contrattuale, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti e successivamente trattati e comunque non oltre i termini previsti dalla legge.

(Luogo e data)

Firme leggibili di entrambi i genitori

L'iscrizione può essere inviata tramite mail all'indirizzo biblioteca@comune.germignaga.va.it o a mano nei seguenti orari:

- Lunedì 15:00 – 18:00
- Martedì 15:00 – 18:00
- Giovedì 9.30 – 12:30
- Sabato 9:30 – 12:30



All. richiesta dieta per patologia

**All'Ente Gestore
del Servizio di Ristorazione Scolastica
Comune di**

Anno scolastico.....
Il sottoscritto/a
genitore dell'alunno/a.....
frequentante la classe sez.
Scuola

C H I E D E

che venga somministrata la seguente dieta:

Dieta per motivi di salute

Altro
(specificare)

Allego certificazione medica che **riporta la durata della dieta**

Data:.....

Firma.....

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome

Via

Città

Tel.

Mail:.....

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs. 196/2003 (art.13).

All. richiesta dieta per motivi etico-religiosi

**All'Ente Gestore
del Servizio di Ristorazione Scolastica
Comune di**

Anno scolastico.....
Il sottoscritto/a
genitore dell'alunno/a.....
frequentante la classe sez.
Scuola

C H I E D E

Dieta per motivi etico religiosi

(utenti di religione, mussulmana, ebraica, dieta vegetariana, etc.)
Non serve certificato medico, ma solo la richiesta del genitore.

Dieta per motivi etico-religiosi (tale richiesta rimane valida per l'intero ciclo scolastico)

con l'esclusione dei seguenti alimenti:

- carne di maiale e derivati
- tutti i tipi di carne e derivati
- pesce
- uova
- altro: specificare
- dieta vegetariana

Data:.....
Firma

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome
Via
Città
Tel.
Mail:

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs. 196/2003 (art.13).



MODULO A - ATS Insubria

Spett.le Ente Responsabile
della ristorazione scolastica della scuola _____ di _____

I sottoscritti genitori del/la bambino/a ----- nato/a il-----

Consapevoli dell'importanza di una alimentazione variata che preveda l'assunzione di tutti i principi nutritivi e di tutte le categorie di alimenti contemplati nel menù scolastico approvato dalla ATS

consapevoli che il rifiuto di un alimento da parte del bambino, quando non riconosca una causa sanitaria, può essere superato nell'ambito dei processi di educazione e formazione scolastica;

consapevoli che l'esclusione di un alimento dalla dieta scolastica, quando non sostenuto da cause sanitarie, può essere richiesto direttamente dai genitori all'Ente Responsabile

segnalano che il proprio bambino, in famiglia, rifiuta il seguente alimento:

e chiedono pertanto che

vi sia attenzione a tale segnalazione nell'ambito della somministrazione dei pasti a scuola.

Si rimane consapevole che tale alimento verrà comunque proposto senza alcuna forzatura da parte degli educatori e si chiede che, dopo un congruo numero di occasioni di incontro con l'alimento indicato, permanendo il rifiuto, l'alimento sia definitivamente sostituito secondo la vigente tabella ATS delle sostituzioni.

I genitori _____

Luogo e data _____