#

# C O M U N E D I C A L V I S A N O

PROVINCIA DI BRESCIA

Piazza dei Caduti, 4

25012 Calvisano (BS)

**Pubblica Istruzione**

**030/9689855**

Centralino

Fax

030/96897

030/968228

ISCRIZIONE MENSA SCUOLA STATALE DELL’INFANZIA

DI CALVISANO

NUOVO POLO DELL’INFANZIA

ANNO SCOLASTICO 2024/2025

Questo modulo **dovrà** **essere** **consegnato** **completo** **della** **documentazione** **richiesta** **all’ufficio** **P.** **Istruzione** **fino** **al** **30** **Giugno** **2024.** **NON** **VERRANNO** **PRESE** **IN** **CONSIDERAZIONE** **RICHIESTE** **INCOMPLETE** **O** **PERVENUTE** **OLTRE** **IL** **TERMINE** **INDICATO**

Il sottoscritto/a Residente a in via n° Tel./cellulare

E-mail

(scrivere in modo leggibile)

**CHIEDE**

di poter iscrivere il/la figlio/a alla mensa scolastica della scuola dell’infanzia statale di

## Calvisano

**Dati** **anagrafici** **dell’alunno** **Iscritto:**

Nome e cognome

Nato a il nazionalità

La quota pasto, che si somma alla quota stabilita per l’utilizzo della mensa, è di € 2,50 per ogni pasto consumato. Il fisso mensile mensa verrà calcolato tenendo conto della situazione economica dichiarata.

La situazione economica familiare va dichiarata mediante certificazione I.S.E.E. per chi intende beneficiare di riduzione sul reddito

Per la compilazione di detta certificazione ci si può rivolgere anche ai vari C.A.A.F. dei patronati presenti sul territorio che hanno stipulato un’apposita convenzione con l’Amministrazione Comunale.

**Si** **allega** **copia** **certificazione** **I.S.E.E.** **in** **corso** **di** **validità** **(validità** **al** **31.12.202)** **e** **dopo** **tale** **scadenza** **và** **presenta** **copia** **della** **nuova** **certificazione.**

# C O M U N E D I C A L V I S A N O

PROVINCIA DI BRESCIA

Piazza dei Caduti, 4

25012 Calvisano (BS)

**Pubblica Istruzione**

**030/9689855**

Centralino

Fax

030/96897

030/968228

## MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI

Il sottoscritto/a Residente a in via n° Tel./cellulare E-mail

CHIEDE PER IL PROPRIO FIGLIO/A

Nome e cognome

Nato a il nazionalità

Iscritto presso la scuola dell’Infanzia di

Calvisano sezione

1. **Richiede** per il proprio figlio/a, nell’a.s. 2024/25, la produzione di **una** **dieta** **speciale** per:
	* intolleranza alimentare (specificare alimento/i che provocano intolleranza)
	* allergia alimentare (specificare alimento/i che provocano allergia)
	* malattia metabolica o altra malattia (specificare la malattia, es. diabete, ecc)
	* motivazione etico-religiosa (specificare il tipo/i di carne o alimento da non somministrare, es. maiale, bovino, tutti i tipi di carne compreso il pesce, tutti i tipi di carne escluso il pesce,…)
2. **Allega** **certificato** **medico** (si accettano solo certificati medici di specialisti, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche). **Nel** **caso** **di** **malattie** **che** **richiedono** **diete** **permanenti** **(es.** **celiachia),** **non** **è** **necessario** **il** **reinvio** **del** **certificato** **per** **tutto** **il** **periodo** **di** **permanenza** **nella** **stessa** **scuola.** Non si accettano modifiche o sospensioni della dieta comunicate verbalmente, ma solo a seguito di autodichiarazione scritta del genitore, in attesa di certificato medico. La richiesta di produzione della dieta ha valore per l’a.s. 2024-2025.
3. **Acconsente** al trattamento, anche con strumenti informatici, dei dati personali raccolti ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Calvisano li, Il Richiedente