

| | | |
|--|---|--|
| | Amministrazione destinataria Regione Liguria | |
| | Ufficio destinatario Ufficio Protocollo | |

Domanda di variazione del servizio di mensa scolastica

| Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario | | | | | | | | | | | |
|--|--------|----------------|------------------|-----------------------------|--|----------------|-------------------------------|-------|---------|--------------------------|-----|
| Cognome | | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | | Cittadinanza | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| 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 | | | Classe | | | Sezione | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> | l'aggiornamento dei dati relativi alla residenza <i>(i nuovi dati sono quelli indicati per il genitore, tutore o affidatario)</i> |
| <input type="checkbox"/> | l'aggiornamento dei dati relativi ai recapiti personali (posta elettronica, telefono) <i>(i nuovi dati sono quelli indicati per il genitore, tutore o affidatario)</i> |
| <input type="checkbox"/> | l'aggiornamento dei dati relativi alla scuola frequentata <i>(i nuovi dati sono quelli indicati per il genitore, tutore o affidatario)</i> |
| <input type="checkbox"/> | la modifica della dieta prescelta |
| <input type="radio"/> | non vuole più usufruire una dieta speciale |
| <input type="radio"/> | vuole usufruire di una dieta speciale |
| <input type="radio"/> | per motivi sanitari |
| pertanto allega copia del certificato medico | |
| <input type="radio"/> | per motivi etici o religiosi |
| Descrizione dieta richiesta | |
| | |

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 |
|--|
| |

Elenco degli allegati

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

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | copia del certificato medico |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

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)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 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. |
|--------------------------|--|

| | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------|
| | | |
| Luogo | Data | Il dichiarante |