

Al Comune di Campli

Ufficio Pubblica Istruzione

ISCRIZIONE MENSA NIDO A.S. 2026/2027

Il/la sottoscritto/a genitore (o esercente la potestà genitoriale sul minore)

COGNOME _____ **NOME** _____

nato/a _____ il _____ residente a _____ In _____

Via _____ N. _____ Tel _____ EMAIL _____

C.F. _____

dell'ALUNNO/A - **COGNOME** _____ **NOME** _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____.

ISCRITTO NELL'A.S. 2026/2027

All' Asilo Nido " IL Sentiero delle Fate" di Campli

CHIEDE

alla S.V. di voler ammettere 1 suddett figli al servizio mensa per l'A.S. 2026-2027.

COMUNICA

Che il bambino/a deve seguire una DIETA SPECIALE SI ☐ NO ☐

N.B. – Il certificato medico (Allegato G) e il modulo di richiesta (allegato F) per dieta sanitaria scolastica andrà fornito all'ufficio scolastico del Comune di Campli.

DICHIARA

1. Di accettare le tariffe stabilite dall'amministrazione per la fruizione del servizio, comprese eventuali successive modificazioni (Delibera di Giunta Comunale n. 213 del 09/12/2025).
2. Di essere informato:
 - che per usufruire del servizio di mensa occorrerà provvedere al **pagamento anticipato** del servizio;
 - che, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n.196, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del genitore

Campli, li _____
