

**DOMANDA DI ISCRIZIONE/RINNOVO AI SERVIZI DI RISTORAZIONE
SCOLASTICA**

DATI ANAGRAFICI UTENTE

NOME E COGNOME	
CODICE FISCALE	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
INDIRIZZO	
CAP	
SCUOLA	
CLASSE	

DATI ANAGRAFICI GENITORE/TUTORE

NOME E COGNOME	
CODICE FISCALE	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
INDIRIZZO	
CAP	
TELEFONO	
MAIL	

CHIEDE DI USUFRIRE DEL SERVIZIO MENSA

DATI DIETA:

- ☐ MOTIVI DI SALUTE (allegare certificazione medica per patologia cronica e/o transitoria, intolleranza/allergia alimentare);
- ☐ MOTIVI ETICO RELIGIOSI

☐ NO carne e NO pesce ☐ No carne ☐ No Maiale ☐ No Bovino

Per usufruire di diete speciali (non legate a motivi etico religiosi) è necessario allegare il certificato medico dell'utente.

GIORNI IN CUI L'UTENTE USUFRUIRA' DEL SERVIZIO MENSA:

☐ Lunedì ☐ Martedì ☐ Mercoledì ☐ Giovedì ☐ Venerdì

Chiediamo di comunicarci tempestivamente eventuali modifiche al presente modulo.

Data _____

Firma del richiedente _____

