

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | Amministrazione destinataria<br>Regione Umbria<br><br>Ufficio destinatario |  |
|--|--|--|

## 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<br><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)<br><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<br><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   |
|                          | <b>Dieta richiesta</b>  |
| <input type="radio"/>    | per motivi sanitari   |
|                          | <b>pertanto allega copia del certificato medico</b>   |
| <input type="radio"/>    | per motivi etici o religiosi  |
|                          | <b>Descrizione dieta richiesta</b>  |
|                          |   |

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                    |
|--|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |

**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<br><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. |
|--------------------------|--|

|                      |                      |                       |
|----------------------|----------------------|-----------------------|
| <br><br><br><br><br> | <br><br><br><br><br> | <br><br><br><br><br>  |
| <b>Luogo</b>         | <b>Data</b>          | <b>Il dichiarante</b> |