

**DA CONSEGNARE PRESSO L'UFFICIO SCOLASTICO  
E/O DELEGAZIONE COMUNALE DI LA SALUTE DI LIVENZA**

**ENTRO E NON OLTRE IL 28-06-2019**

**OGGETTO:** DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MENSA SCOLASTICA A.S. 2019/2020

Il sottoscritto  PADRE  MADRE  ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE  
(contrassegnare la casella)

**CODICE PAN n.** \_\_\_\_\_

**in qualità di RICHIEDENTE e SOGGETTO PAGANTE:**

COGNOME.....NOME.....

Nato a .....il .....:

C.F..... CITTADINANZA.....

RESIDENTE A .....CAP.....

VIA .....N.....

TEL.....FAX.....E-MAIL .....

CELLULARE DI RIFERIMENTO (**CAMPO OBBLIGATORIO**) .....

**DATI ISEE** (da allegare **SOLO** nel caso di richiesta riduzione tariffe scolastiche)

Valore ISEE .....Inizio Validità .....Fine validità .....

**CHIEDE l'ammissione al Servizio di MENSA per l'anno scolastico 2019/2020, per**

**Alunno 1**

COGNOME.....NOME.....

Nato a ..... il ...../...../..... SESSO M F

**ISCRITTO PER L'ANNO SCOLASTICO 2019/2020 ALLA SCUOLA:**

INFANZIA  PRIMARIA

SCUOLA .....CLASSE.....SEZ.....

**Richiesta alimentazione particolare:** (no)  (si)

**La presente richiesta è motivata da:** (*rispondere solo in caso di risposta affermativa*)

[ ] *Motivi di salute* come rilevato da certificato medico che verrà presentato agli Uffici dei Servizi Educativi prima dell'avvio del servizio.

[ ] *Motivi religiosi.*

[ ] *Altro* \_\_\_\_\_

**Alunno 2**

COGNOME.....NOME.....

Nato a ..... il ...../...../..... SESSO M F

ISCRITTO PER L'ANNO SCOLASTICO **2019/2020** ALLA SCUOLA:

INFANZIA  PRIMARIA

SCUOLA .....CLASSE.....SEZ.....

**Richiesta alimentazione particolare:** (no)  (si)

**La presente richiesta è motivata da:** (*rispondere solo in caso di risposta affermativa*)

[ ] *Motivi di salute* come rilevato da certificato medico che verrà presentato agli Uffici dei Servizi Educativi prima dell'avvio del servizio.

[ ] *Motivi religiosi.*

[ ] *Altro* \_\_\_\_\_

**Alunno 3**

COGNOME.....NOME.....

Nato a ..... il ...../...../..... SESSO M F

ISCRITTO PER L'ANNO SCOLASTICO **2019/2020** ALLA SCUOLA:

INFANZIA  PRIMARIA

SCUOLA .....CLASSE.....SEZ.....

**Richiesta alimentazione particolare:** (no)  (si)

**La presente richiesta è motivata da:** (*rispondere solo in caso di risposta affermativa*)

[ ] *Motivi di salute* come rilevato da certificato medico che verrà presentato agli Uffici dei Servizi Educativi prima dell'avvio del servizio.

[ ] *Motivi religiosi.*

[ ] *Altro* \_\_\_\_\_

San Stino di Livenza, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegati: Fotocopia documento d'identità in corso di validità del richiedente e/o soggetto pagante  
Fotocopia della carta di soggiorno  
Fotocopia attestazione ISEE ANNO 2019.**