



Amministrazione destinataria

Comune di Carpenedolo

Ufficio destinatario

Ufficio pubblica istruzione, cultura e sport

## Comunicazione di rinuncia al servizio di mensa scolastica

*anno scolastico*

/

### Il sottoscritto genitore, affidatario o tutore

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

### COMUNICA

la rinuncia al servizio di mensa scolastica per

<input checked="" type="checkbox"/> <b>generalità del minore che non usufruisce più del servizio (1° figlio)</b>		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
<b>Disabilità certificata</b>		
<input type="checkbox"/> l'alunno è portatore di disabilità certificata		
<b>Scuola frequentata</b>		
<input type="radio"/> scuola dell'infanzia		
Nome scuola		Sezione
<input type="radio"/> scuola primaria		
Classe		Sezione
<input type="radio"/> scuola secondaria		
Classe		Sezione
<b>Servizio richiesto</b>		
<input type="radio"/> mensa scolastica della scuola dell'infanzia		
<input type="radio"/> mensa scolastica della scuola primaria		
<input type="radio"/> ludomensa		
<input type="checkbox"/> <b>generalità del minore che non usufruisce più del servizio (2° figlio)</b>		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
<b>Disabilità certificata</b>		
<input type="checkbox"/> l'alunno è portatore di disabilità certificata		
<b>Scuola frequentata</b>		
<input type="radio"/> scuola dell'infanzia		
Nome scuola		Sezione
<input type="radio"/> scuola primaria		

Classe	Sezione	
<input type="radio"/> scuola secondaria		
Classe	Sezione	
Servizio richiesto		
<input type="radio"/> mensa scolastica della scuola dell'infanzia		
<input type="radio"/> mensa scolastica della scuola primaria		
<input type="radio"/> ludomensa		
<input type="checkbox"/> generalità del minore che non usufruisce più del servizio (3° figlio)		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
Disabilità certificata		
<input type="checkbox"/> l'alunno è portatore di disabilità certificata		
Scuola frequentata		
<input type="radio"/> scuola dell'infanzia		
Nome scuola	Sezione	
<input type="radio"/> scuola primaria		
Classe	Sezione	
<input type="radio"/> scuola secondaria		
Classe	Sezione	
Servizio richiesto		
<input type="radio"/> mensa scolastica della scuola dell'infanzia		
<input type="radio"/> mensa scolastica della scuola primaria		
<input type="radio"/> ludomensa		

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### 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)

- 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.

Carpinedolo

Luogo

Data

Il dichiarante