



COMUNE DI GALATRO

Città Metropolitana di Reggio Calabria

PIAZZA VITTORIO VENETO 1 – 89054 GALATRO (RC)
PEC comgalatro.protocollo@pec.it - TEL. 0966/903041

AREA 1 Affari Generali - Servizi Amministrativi - Politiche Sociali

MODULO DI ADESIONE SERVIZIO MENSA SCOLASTICA Scuola dell'Infanzia – A.S. 2025/2026

DATI DEL GENITORE / ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

(Il modulo può essere compilato solo da chi esercita la responsabilità genitoriale)

Il/La sottoscritto/a

Cognome e nome: _____

Codice Fiscale: _____

Data nascita: ____ / ____ / _____ Luogo di nascita: _____ Prov.: _____

Indirizzo di residenza: _____

Domicilio (se diverso): _____

Telefono: _____ E-mail*: _____

I campi sono obbligatori per la corretta adesione al servizio.

***All'indirizzo mail saranno inviati i codici PagoPA. L'indirizzo deve essere chiaramente leggibile. L'ente non risponde di mancata ricezione dei codici PagoPA dovuta a indirizzi errati, incompleti o illeggibili.**

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ (artt. 46 e 47 DPR 445/2000):

- di essere soggetto legittimato a presentare la presente domanda, in quanto esercente la responsabilità genitoriale (e nel caso di genitore, di aver acquisito legittimamente il consenso dell'altro genitore);

- di essere consapevole che la domanda non può essere presentata da soggetti terzi che non abbiano la responsabilità genitoriale (anche se parenti stretti del minore);
- di allegare obbligatoriamente copia valida del proprio documento di identità;

DATI DEL MINORE

(frequentante la Scuola dell'Infanzia – Plesso di via Regina Margherita)

Cognome e nome: _____

Codice Fiscale: _____

Data nascita: ____ / ____ / ____ Luogo di nascita: _____ Prov.: _____

Indirizzo di residenza: _____

Domicilio (se diverso): _____

DICHIARAZIONI (obbligatoria l'accettazione – devono essere barrate tutte)

- Chiede l'iscrizione al Servizio Mensa scolastica per l'A.S. 2025/2026.
- Dichiara di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettarne integralmente condizioni e istruzioni operative.
- Dichiara di essere consapevole che il costo del pasto è pari a € 2,00 e che i buoni devono essere acquistati anticipatamente tramite PagoPA.
- Dichiara che la consegna dei buoni avverrà solo dopo riscontro del pagamento da parte dell'Area 1.
- Dichiara di essere consapevole che i buoni non sono rimborsabili una volta pagati i corrispondenti bollettini PagoPA.
- Dichiara che le richieste future di buoni saranno formulate via e-mail o presso gli uffici, e che l'invio dei codici PagoPA avverrà esclusivamente via mail all'indirizzo indicato nel presente modulo.
- Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali allergie, intolleranze o diete speciali, nel presente modulo e, in caso di sopravvenienza, in forma tempestiva e con comunicazione scritta agli uffici competenti, così da consentire la corretta gestione da parte del personale addetto.
- Dichiara di allegare copia del documento di identità del richiedente.

RICHIESTA INIZIALE DEI BUONI MENSA

Numero di buoni richiesti inizialmente (minimo 10): _____

I pagoPA saranno inviati all'indirizzo e-mail indicato nel presente modulo

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre che l'e-mail indicata è attiva e utilizzata regolarmente per tutte le comunicazioni relative al servizio mensa.

ALLERGIE / INTOLLERANZE / DIETE SPECIALI

Nessuna allergia/intolleranza

Presenza di allergie/intolleranze (specificare):

Dieta speciale per motivi sanitari (allegare certificazione medica)

Dieta etico-religiosa: _____

INFORMATIVA PRIVACY (art. 13 GDPR)

I dati personali saranno trattati dal Comune di Galatro esclusivamente per finalità inerenti al servizio mensa scolastica, l'emissione dei codici PagoPA e la tutela sanitaria del minore. Il Titolare del trattamento è il Comune di Galatro – Piazza Vittorio Veneto n. 1. I dati non saranno diffusi e saranno trattati nel rispetto del Reg. UE 2016/679. Il mancato consenso impedisce il trattamento e l'erogazione del servizio.

ALLEGATO OBBLIGATORIO: Copia del documento di identità del richiedente

DATA E FIRMA del genitore / esercente la responsabilità genitoriale:

Galatro, _____

Firma _____