



# COMUNE DI CERIANO LAGHETTO

Provincia di Monza e della Brianza

[www.ceriano-laghetto.org](http://www.ceriano-laghetto.org)

## ISCRIZIONE AL SERVIZIO RISTORAZIONE SCOLASTICA A.S. 2014/2015

Il Comune di Ceriano Laghetto fornisce il servizio di ristorazione scolastica agli studenti della scuola primaria "Don Antonio Rivolta". Il servizio sarà effettuato dal lunedì al venerdì, in occasione dei rientri pomeridiani, secondo il calendario e l'orario scolastico. Il menù, distinto in estivo ed invernale, sarà redatto in collaborazione con la Commissione Mensa nel rispetto delle linee guida fornite dall'ASL e sarà disponibile all'inizio dell'anno scolastico presso l'Ufficio Scuola del Comune e presso la scuola. Il pagamento dei pasti avverrà anticipatamente con il sistema del "pre-pagato", con le modalità che verranno comunicate dall'azienda di ristorazione.

I costi del servizio sono differenziati per residenti e non residenti.

Per poterne usufruire è necessario compilare la parte sottostante - scheda di **ISCRIZIONE** e consegnarla all'Ufficio Scuola del Comune, personalmente o via e-mail, **ENTRO IL 30 APRILE 2014** ed essere in regola con i pagamenti del servizio usufruito negli anni scolastici precedenti.

**PER INFORMAZIONI:** UFFICIO SCUOLA - Simona Marinoni - tel 02 96661320

e-mail: [segreteria@ceriano-laghetto.org](mailto:segreteria@ceriano-laghetto.org)

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

IL SOTTOSCRITTO cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via /Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. abitazione \_\_\_\_\_ altro recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore di COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

iscritto per l'anno scolastico 14/15 alla Scuola Primaria "Don Antonio Rivolta" CLASSE \_\_\_\_\_ SEZ. \_\_\_\_\_

### CHIEDE l'iscrizione al servizio di RISTORAZIONE SCOLASTICA

Come previsto dal Protocollo A.S.L., CHIEDE INOLTRE LA SOMMINISTRAZIONE DI UNA DIETA SPECIALE PER MOTIVI

- SANITARI - allegata certificazione medica attestante lo stato patologico
- ALTRO \_\_\_\_\_ - allegato elenco degli alimenti da escludere

E SI IMPEGNA AD EFFETTUARE I RELATIVI PAGAMENTI, SECONDO LE MODALITA' E LE SCADENZE STABILITE DALL'AZIENDA DI RISTORAZIONE.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

Il Comune, ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, tratterà i dati esclusivamente per lo svolgimento delle attività e per l'assolvimento degli obblighi previsti dalle legge e dai regolamenti vigenti in materia.