- in quanto affetto/a dalla seguente patologia di tipo cronico o portatore/portatrice delle seguenti allergie alimentari:

  _____

  ☐ SI ALLEGA CERTIFICATO IN ORIGINALE

- in quanto segue un particolare regime alimentare per motivazioni religiose e, pertanto, dal menù dovranno essere esclusi i seguenti alimenti:

  _____

  _____

  (sono escluse richieste di regime alimentare particolare legate esclusivamente ai gusti personali).

2. **DI ESSERE A CONOSCENZA** che il Comune al fine di rispondere ai bisogni dei propri cittadini residenti ha effettuato, con delibera della Giunta Comunale n. 79 del 28.10.2024, una suddivisione a fasce ISEE che agevoli le famiglie in situazioni di fragilità economica:

Spuntare fascia di appartenza	**Fasce ISEE**	**TARIFFA PER PASTO**
☐	Fino a € 5.000,00	**€ 2,50**
☐	Da € 5.000,01 a € 10.000,00	**€ 3,00**
☐	Da € 10.000,01 a € 15.000,00	**€ 3,20**
☐	Da € 15.000,01	**€ 3,50**

3. **DI ACCONSENTIRE**, al trattamento dei propri dati personali nonché di quelli del figlio/a ivi compresi quelli sensibili, esclusivamente per le finalità inerenti la gestione del servizio mensa scolastica fermo restando il diritto a richiederne in qualsiasi momento l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione. Dichiara di essere stato informato dei diritti dell'interessato di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003, aggiornato alla legge n. 167/2017, così come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, e GDPR UE 2016/679.

Data, _____

FIRMA DEL GENITORE _____

Allega:
- ***Fotocopia della CARTA D'IDENTITA'***
- ***Attestazione Isee in corso di validità***