

ALLEGATO A

UFFICIO SCOLASTICO
Via Papa Giovanni XXIII °,9
92012 CIANCIANA

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO MENSA SCOLASTICA – A.S. 2026/27

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Residente a _____ in Via _____ N. _____

Tel _____ In qualità di genitore,

Chiede l'ammissione al servizio di mensa scolastica

Dell'alunno/a _____

Nato/a a _____ il _____

Frequentante la scuola:

- Scuola **Infanzia** di...CIANCIANA.....Classe.... Sez....
- Scuola **Primaria** di...CIANCIANA.....Classe.....Sez.....
- Scuola **Secondaria di I° Grado**...di CIANCIANA..... Classe.....Sez.....

INFORMAZIONI SUL SERVIZIO

- Per gli alunni della Scuola dell'Infanzia il servizio viene erogato su 5 gg. settimanali dal lunedì al venerdì per le scuole a tempo pieno
 - Per gli alunni della Scuola primaria il servizio viene erogato su 5 gg. (dal lunedì al venerdì) per le scuole a tempo pieno
 - Per gli alunni della Scuola Secondaria di I° Grado il servizio viene erogato su 3 gg. settimanali secondo programma scolastico.
 - In caso di allergie e/o intolleranze alimentari è obbligatorio compilare l'ALLEGATO B e allegare il **certificato medico** riportante l'esatta patologia, gli alimenti allergizzanti e le reazioni che tali alimenti possono causare.
- Il certificato medico e l'allegato B vanno inseriti in una busta chiusa riportante il nome e cognome dell'alunno o del genitore.**
- Per regimi alimentari diversi, legati alla fede religiosa e/o altro, compilare **dichiarazione** dei genitori da allegare in busta chiusa (ALLEGATO B).
 - La tariffa applicata al servizio per l'anno scolastico 26/27, allegato apposito

I pagamenti dovranno essere effettuati come al solito tramite bollettino Pago P

La fruizione del servizio mensa scolastica è subordinata a richiesta formale mediante il presente modulo che dovrà essere firmato e riconsegnato all'ufficio protocollo del Comune di Ciaciana tramite protocollo elettronico Email: protocollo@comune.ciaciana.ag.it - PEC: protocollociaciana@pec.it . Per ritiro Ticket, informazioni, ecc.....al personale dell'Ufficio Scolastico al piano terra de Comune di Ciaciana tutti i giorno dal lunedì al venerdì dalle h. 9,00 alle 12,00)
La mancata consegna del modulo debitamente sottoscritto nel termine stabilito verrà intesa come volontà di non usufruire del servizio e lo stesso non verrà quindi erogato.

DATA

FIRMA

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE REGIMI DIETETICI PARTICOLARI

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/ a a _____ il _____
Residente a _____ in Via _____
N. _____ Tel. _____ In qualità di genitore,

dichiara che il proprio figlio/a segue regimi dietetici particolari:

- **Allergia/Intolleranza** (specificare alimento da non somministrare e allegare certificato medico)

- **Motivi religiosi** (specificare alimento da non somministrare)

- **Vegetariano** (specificare alimento da non somministrare)

- **Vegano** (specificare alimento da non somministrare)

- **Altro**

DATA

FIRMA