



CITTÀ DI GAGLIANO DEL CAPO

Provincia di Lecce

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798326 – 0833-798323

[e-mail:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it](mailto:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it) Pec:servizisociali.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

-SETTORE SERVIZI SOCIALI E SCOLASTICI-

Prot. n. _____

Gagliano del Capo, _____

**AL COMUNE DI
GAGLIANO DEL CAPO
(LE)**

**OGGETTO: Richiesta fruizione SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA.
Anno Scolastico 2023/2024-**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____ e **residente** nel Comune

di _____ (LE)

in via _____ n. ____

Cellulare n. _____ E-mail _____

C.F. _____

esercente la responsabilità genitoriale

in qualità di:

genitore

tutore

altro (specificare) _____

CHIEDE

L'ISCRIZIONE al servizio di REFEZIONE SCOLASTICA -A.S. 2023-2024 del/della MINORE:

(1)

(Cognome e Nome Minore)

nato/a a _____ il ____/____/____

C.F. _____

frequentante la Scuola

dell'INFANZIA -Gagliano Classe _____ Sez _____

dell'INFANZIA -Arigliano Classe _____ Sez _____

PRIMARIA - Classe _____ Sez _____



CITTÀ DI GAGLIANO DEL CAPO

Provincia di Lecce

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798326 – 0833-798323

[e-mail:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it](mailto:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it) Pec:servizisociali.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

(2)

(Cognome e Nome Minore)

nato/a a _____ il ___/___/___

C.F. _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

frequentante la Scuola

dell'INFANZIA -Gagliano Classe _____ Sez _____

dell'INFANZIA -Arigliano Classe _____ Sez _____

PRIMARIA - Classe _____ Sez _____

(3)

(Cognome e Nome Minore)

nato/a a _____ il ___/___/___

C.F. _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

frequentante la Scuola

dell'INFANZIA -Gagliano Classe _____ Sez _____

dell'INFANZIA -Arigliano Classe _____ Sez _____

PRIMARIA - Classe _____ Sez _____

CHIEDE, altresì,

per il/la minore:

(1) Cognome e Nome _____

(2) Cognome e Nome _____

(3) Cognome e Nome _____

la fruizione della **DIETA SPECIALE**, come da allegato/i Certificato/i Medico/i.

DICHIARA

di essere a conoscenza che la quota di compartecipazione al servizio di refezione scolastica:

- è pari a euro 2,60 per singolo pasto, per i **residenti** nel Comune di Gagliano del Capo;
- è a totale carico (il costo sarà quantificato dopo l'affidamento del servizio), **per i non residenti** nel Comune di Gagliano del Capo;

ALLEGA

Fotocopia del documento di riconoscimento e Codice Fiscale del sottoscritto/a richiedente;



CITTÀ DI GAGLIANO DEL CAPO

Provincia di Lecce

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798326 – 0833-798323

[e-mail:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it](mailto:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it) Pec:servizisociali.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

- Fotocopia Codice Fiscale dell'alunno;
 Certificazione Medica:(specificare) _____

 Altro (specificare) / _____

INFORMATIVA PRIVACY GDPR 2016/679

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali e, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni, come modificato da ultimo dal d.lgs. 10/08/2018 n. 101.

Gagliano del Capo, _____

IL/LA RICHIEDENTE-DICHIARANTE

N.B. La presente va trasmessa per posta elettronica all'indirizzo protocollo.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it o presentata direttamente all'Ufficio Protocollo del Comune, entro e non oltre il **25 Agosto 2024**.