



Amministrazione destinataria

Comune di Aosta

Ufficio destinatario

Ufficio Pubblica Istruzione

Domanda di variazione dati, revoca o subentro dell'iscrizione al servizio di refezione scolastica

anno scolastico /

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

in qualità di

Ruolo

del minore

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP

indirizzo per la bollettazione se diverso dalla residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
-----------	--------	-----------	--------	---------	-------	-------	------------------------------	-----

CHIEDE

<input type="checkbox"/>	di rinunciare ai seguenti servizi (si attiva dopo 24 ore dalla richiesta)							
	<input type="checkbox"/> dieta individuale							
	<input type="checkbox"/> domiciliazione							
	<input type="checkbox"/> assistente individuale							
<input type="checkbox"/>	di variare i seguenti dati							
	<input type="checkbox"/> recapito							
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare			Posta elettronica ordinaria					
	<input type="checkbox"/> indirizzo per la bollettazione							
Indirizzo per la bollettazione se diverso dalla residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> la scuola							
	<input type="radio"/> dell'infanzia							
Istituto		Sezione						
	<input type="radio"/> primaria							
Istituto		Classe			Sezione			
	<input type="radio"/> secondaria di primo grado							
Istituto		Classe			Sezione			
	<input type="checkbox"/> la dieta usufruita							
	<input type="radio"/> dieta individuale							
	<input type="radio"/> dieta per motivi etico / religiosi senza							
Specificare cosa non somministrare								
	<input type="checkbox"/> i dati inerenti all'assistente individuale o di chiederlo							
Dal		Al						
	<input type="checkbox"/> i dati trasmessi del proprio ISEE							
ISEE		Data di scadenza						
€								
	<input type="checkbox"/> i dati di attestazione bancaria							
Nome e cognome oppure ragione sociale								
IBAN								
	<input type="checkbox"/> di subentrare al precedente genitore referente							
Cognome		Nome			Codice Fiscale			

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | di autorizzare il creditore Comune di Aosta a disporre addebito in via continuativa sul conto corrente sopra indicato |
| <input type="checkbox"/> | di autorizzare la banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal creditore |
| <input type="checkbox"/> | di impegnarsi a comunicare ogni futura variazione riguardante il conto corrente sopra indicato |

DICHIARA INOLTRE

di aver preso piena conoscenza delle modalità di fruizione del servizio, come indicato dal regolamento pubblicato sul sito web istituzionale, di aver accettato tutte le condizioni per l'iscrizione al servizio e che tutta la documentazione prodotta in allegato alla presente istanza è conforme all'originale.

Eventuali annotazioni

--

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | copia del certificato medico per dieta individuale |
| <input type="checkbox"/> | copia del certificato medico per l'assegnazione di un assistente individuale |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

Aosta

Luogo

Data

Il dichiarante