

COMUNITA' VALSUGANA E TESINO

DOMANDA DI CANCELLAZIONE AL SERVIZIO DI MENSA ANNO SCOLASTICO 20__/20__

Il sottoscritto _____
(nome e cognome genitore o chi esercita la patria potestà)

codice fiscale _____ residente a _____

Via _____ nr. _____ tel. _____

C H I E D E

La cancellazione al servizio mensa scolastica per l'anno 20__/20__

a partire dal giorno _____

per il/la figlio/a _____
(cognome e nome alunno/a)

che nell'anno scolastico 20__/20__ frequenta la classe _____ - sezione _____ - della
Scuola _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci e falso in atti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Con riferimento agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, sulla tutela della privacy, il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati forniti verranno utilizzati esclusivamente al fine dell'ammissione al servizio di mensa scolastica, e, pertanto, presta il proprio consenso al trattamento degli stessi.

(Data)

(Firma leggibile di uno dei genitori o di chi esercita la patria potestà)

**ATTENZIONE LA COMPILAZIONE DEL
PRESENTE MODULO E' OBBLIGATORIA**