

**COMUNE Dl DIANO D'ALBA**

MODULO Dl ISCRIZIONE AL SERVIZIO Dl RISTORAZIONE SCOLASTICA **2018/2019**

(DA RESTITUIRE ENTRO IL 30/09/2018 VIA FAX O VIA MAIL)

|  |
| --- |
| COGNOME E NOME ALUNNO/A …………………………………………………………………................................................  SCUOLA………………………………………………………………………………………………………………………… SEZIONE……..……  GIORNI Dl RIENTRO MENSA: LUN MAR MER GIOV VEN  DATA Dl NASCITA (Alunno) …………………………………………………………….………………………………………………………….  CODICE FISCALE ALUNNO …………………………………………………………………………………………………………………………..  COGNOME E NOME GENITORE …………………………………………………………………………………………………………………..  CODICE FISCALE GENITORE …………………………………………………………………………………………………………………………  INDIRIZZO …………………………………………………………………………………………………………………… NR ……………………  COMUNE………………………………………………………………………………………………………………………..CAP………………………………………  CELL: …………………………………………………………………………………TEL ……………………………………………………………………  INDIRIZZO E-MAIL ……………………………………………………………………………………………………………………………………….  CODICE IBAN ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  INTESTATARIO CONTO CORRENTE ………………………………………………………………………………………………………………  IL SOTTOSCRITTO (Cognome e Nome del Genitore)  DICHIARA Dl AVER PRESO VISIONE DEL REGOLAMENTO IN DATA …………………………………….. E Dl ISCRIVERE IL FIGLIO TRAMITE:  COMPILAZIONE DEL MODULO R.I.D. E INVIO DELLA COPIA DELL' AUTORIZZAZIONE AL R.I.D. TRAMITE FAX AL 0143/822932 0 VIA MAIL A BUONOPASTO@CAMST.IT;  VERSAMENTO TRAMITE I PUNTI Dl RICARICA CONVENZIONATI DELLA CAUZIONE Dl 100 EURO  DATA ……………………………. FIRMA LEGGIBILE:  ……………………………………………………………….. |

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al d.l.vo. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le predette dichiarazioni vengono rese.

Data: ………………………………… Firma: ……………………………………………………………………….