





# COMUNE DI META

(CITTA' METROPOLITANADI NAPOLI)

SETTORE 1

*Pubblica Istruzione*

FUNZIONARIO RESPONSABILE: I.D. Rina Paolotti

## 2° figlio iscritto

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Frequentante la Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

Allergie e /o intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

**allegare certificazione medica ed eventuale dieta da seguire )**

## 3° figlio iscritto

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Frequentante la Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

Allergie e /o intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

**(allegare certificazione medica ed eventuale dieta da seguire )**

## 4° figlio iscritto

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Frequentante la Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

Allergie e /o intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

**(allegare certificazione medica ed eventuale dieta da seguire )**

**Via Municipio n. 13 – 80062 M E T A (NA) – tel. 081 0812236 – fax 081 5322885**

**C.F. 00423370634 – 01241931219**

**e-mail [rina.paolotti@comune.meta.na.it](mailto:rina.paolotti@comune.meta.na.it)**



# COMUNE DI META

(CITTA' METROPOLITANADI NAPOLI)

SETTORE 1

*Pubblica Istruzione*

FUNZIONARIO RESPONSABILE: I.D. Rina Paolotti

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi**

## D I C H I A R A

- di aver preso visione della Informativa e delle note operative
- che il/i proprio/i figlio/i risiedono nel Comune di \_\_\_\_\_
- di allegare eventuale certificato medico e dieta speciale
- di allegare fotocopia del documento di riconoscimento valido di chi ha firmato.

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR" o "Regolamento") in merito al trattamento dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

DATA FIRMA DEL GENITORE O TUTORE \_\_\_\_\_

**SI RAMMENTA CHE QUALORA IL RICHIEDENTE NON FOSSE IN REGOLA CON I PAGAMENTI DEGLI ANNI PRECEDENTI, E/O NON FOSSE CORRETTAMENTE COMPILATI TUTTI I CAMPI INDICATI NELLA PRESENTE RICHIESTA, NON SARA' POSSIBILE EFFETTUARE L'ISCRIZIONE.**

**Via Municipio n. 13 – 80062 M E T A (NA) – tel. 081 0812236 – fax 081 5322885**

**C.F. 00423370634 – 01241931219**

**e-mail [rina.paolotti@comune.meta.na.it](mailto:rina.paolotti@comune.meta.na.it)**