



COMUNE DI ROCCABIANCA

Provincia di Parma – 43010 Roccabianca (PR) – Viale Rimembranze n. 3

telefono 0521 876165 – 0521 876138 – fax 0521 876790

Cod. fisc. e Partita IVA 00427670344

Sito Internet: www.comune.roccabianca.pr.it

e-mail: segreteria@comune.roccabianca.pr.it

Roccabianca, 22 Aprile 2026

Alle famiglie degli alunni della
scuola primaria e dell'infanzia
di Roccabianca

OGGETTO: Servizio di mensa scolastica A.S. 2026/2027. Comunicazioni.

Gentile famiglia,
con la presente si comunica che sono aperte le iscrizioni al servizio di mensa scolastica per gli alunni frequentanti le scuole dell'infanzia e primaria del Comune di Roccabianca.

Coloro che intenderanno fruire del servizio dovranno compilare i moduli allegati alla presente e riconsegnarli **all'Ufficio Scuola entro il giorno venerdì 28.08.2026, preferibilmente tramite e-mail al seguente indirizzo: r.fava@comune.roccabianca.pr.it**

Qualora si fosse impossibilitati a trasmettere la documentazione via e-mail si potrà consegnarla direttamente all'ufficio scuola, dalle ore 9,00 alle ore 12,00, nei giorni di lunedì, martedì, giovedì e venerdì.

La riscossione di quanto dovuto avverrà attraverso emissione da parte della scrivente Amministrazione di avviso **PAGOPA** intestato al Comune di Roccabianca ed inviato al Vs. domicilio alle scadenze previste a mezzo posta o direttamente al domicilio digitale (PEC) da voi autorizzato. Si ricorda inoltre che registrandosi al portale [ENTRANEXT](https://portale-roccabianca.entranext.it/login) raggiungibile all'indirizzo <https://portale-roccabianca.entranext.it/login> sarà possibile visualizzare la Vs. posizione debitoria, scaricando la fattura dei servizi scolastici.

La Giunta Comunale di Roccabianca, con atto di G.C. n. 67 del 05.12.2025, ha provveduto a determinare le tariffe del servizio in oggetto come segue:

SCUOLA DELL'INFANZIA E SCUOLA PRIMARIA

DESCRIZIONE	Tariffa pasto - Importo €
Fascia ISEE sino a € 10.000,00	4,35
Fascia ISEE da € 10.000,01 a € 12.000,00	4,85
Fascia ISEE da € 12.000,01 a € 15.000,00	5,15
Fascia ISEE da € 15.000,01 e oltre	5,50
Non residenti	6,20
In caso di mancata presentazione dell'ISEE	Tariffa massima prevista

Condizione indispensabile per poter fruire delle agevolazioni tariffarie previste, è la presentazione della NUOVA D.S.U. (dichiarazione ISEE): Indicatore della Situazione Economica Equivalente, da riconsegnare presso l'Ufficio Scuola contestualmente alla domanda di iscrizione al servizio.

In caso di mancata presentazione, l'utente sarà collocato nella tariffa massima prevista. In caso di presentazione in ritardo, l'eventuale agevolazione tariffaria decorrerà dal mese successivo a quello di presentazione.

Si comunica, altresì, che con atto di C.C. n. 15 in data 15.06.2016 è stato approvato il Regolamento comunale per l'accesso ai servizi scolastici (comprendente il servizio di trasporto scolastico e di mensa scolastica), pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente e di cui si può chiederne copia mediante apposita richiesta.

In considerazione del servizio in oggetto si ritiene opportuno citare il seguente articolo del Regolamento sopra citato:

ART. 26 - TARIFFE E PAGAMENTI

1. Le famiglie dei bambini concorrono alla copertura delle spese sostenute dall'Amministrazione comunale, attraverso il pagamento di tariffe, le cui entità e modalità di pagamento vengono determinate annualmente dalla Giunta comunale.
2. La presenza dell'alunno a scuola al momento della prenotazione del pasto è motivo di addebito anche se, per qualunque causa, il bambino dovesse essere prelevato da scuola prima della fruizione.
3. In caso di inadempienza verrà trasmesso un avviso con cui l'interessato sarà sollecitato a regolarizzare la propria posizione. In caso di mancato riscontro si procederà secondo quanto previsto dalle vigenti disposizioni legislative e successive modificazioni (D.P.R. 29/09/1973, n. 602, modificato dal D.Lgs. n. 46/99).
4. **Il Comune si riserva la facoltà di sospendere dal servizio di mensa scolastica in caso di mancato pagamento delle tariffe alla scadenza prevista. Il provvedimento di sospensione sarà adottato dal competente Responsabile di Settore, previa comunicazione scritta all'utente relativa al fatto contestato. L'utente potrà chiedere di essere sentito entro 7 giorni dal ricevimento della comunicazione. Il provvedimento definitivo sarà adottato entro 30 giorni dalla notifica della contestazione ed avrà effetto fino alla data di regolarizzazione dei pagamenti.**

L'ufficio scuola è a disposizione per qualsiasi chiarimento anche inerente la modalità di compilazione dei moduli allegati.

Cordiali saluti.

**IL RESPONSABILE DEL SETTORE
AFFARI ECONOMICO FINANZIARI E TRIBUTARI**
Dott. Massimiliano Faroldi
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, co.2, D. Lgs.vo n. 39/1993

Questo documento, se trasmesso in forma cartacea, costituisce copia dell'originale informatico predisposto e conservato presso questa Amministrazione in conformità alle regole tecniche (artt. 3 bis e 71 D.Lgs. 82/05).
La firma autografa è sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del responsabile (art. 3 D. Lgs. 39/1993).



COMUNE DI ROCCABIANCA

Provincia di Parma – 43010 Roccabianca (PR) – Viale Rimembranze n. 3
telefono 0521 876165 – fax 0521 876790
Cod. fisc. e Partita IVA 00427670344
Sito Internet: www.comune.roccabianca.pr.it

AL COMUNE DI ROCCABIANCA
UFFICIO SCUOLA

MODULO DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI MENSA SCOLASTICA PER L'ANNO SCOLASTICO 2026/2027.

Il sottoscritto/a _____ C.F. _____

genitore/tutore legale dell'alunno/a _____

residente a _____ in via _____ n. _____

n. telefono _____ e-mail _____

iscritto per l'A.S. 2026/2027 alla scuola _____

classe _____ sezione _____ di Roccabianca,

con la presente **chiede l'iscrizione del proprio figlio/a al servizio di mensa scolastica comunale.**

Il sottoscritto dichiara inoltre che l'alunno/a seguirà la seguente dieta (barrare l'opzione interessata):

per motivi etico-religiosi (compilare il modulo allegato);

per motivi sanitari (compilare il modulo allegato);

GLI AVVISI DI PAGAMENTO ANDRANNO INTESTATI A:

_____ C.F. _____

nato a _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____

Roccabianca, li _____

In fede

Spett.le Comune/Istituto Comprensivo

c.a. Ufficio Scuola

Gent.mo genitore/tutore

Oggetto: Lettera di Accompagnamento al modulo richiesta Diete Sanitarie e pasti alternativi per motivazione etiche o religiose anno scolastico 2026-2027

Il Modulo richiesta Diete Sanitarie è un Modulo elaborato da CIRFOOD indispensabile alla corretta produzione delle Diete Sanitarie, quindi alla tutela della salute degli utenti.

COME PROCEDERE DOPO LA COMPILAZIONE DEL MODULO

Dopo aver compilato il modulo in tutte le sue parti, consegnare all'ufficio di competenza del Comune di riferimento o dell'Istituto Comprensivo della scuola

1. il modulo richiesta Diete Sanitarie compilato correttamente
2. il consenso al trattamento dei dati
3. il certificato medico in originale o documento alternativo (allegato al modulo di richiesta) compilato dal medico curante che attesta la necessità di Dieta Sanitaria

i quali provvederanno a trasmettere la documentazione a CIRFOOD o all'Ausl di competenza

Il certificato medico per Dieta Sanitaria dovrà avere validità annuale per le scuole nido ed infanzia (durata dell'anno scolastico).

Scuole primarie e Diete Sanitarie permanenti (vedi sezione dedicata) la validità sarà per l'intero ciclo scolastico (durata dalla prima alla quinta classe).

In caso di dieta temporanea il certificato dovrà riportare la data di termine del periodo di validità.

Per i pasti alternativi per motivazioni etiche o religiose invece non è necessario un certificato medico; è sufficiente presentare un'autodichiarazione datata e firmata dal genitore/richiedente con validità annuale .

Conservare

1. la presente Lettera di Accompagnamento per poterla rileggere in caso di dubbio
2. l'Informativa ai sensi del Reg.to UE 2016/679

PER COMUNE/ISTITUTO COMPRENSIVO

Tutte le richieste dovranno essere inviate tramite e-mail alla dietista di competenza

In particolare:

- Le Diete Sanitarie (allergia, intolleranza, malattia metabolica, altra motivazione sanitaria) devono essere inviate complete dei tre documenti sopra elencati (Modulo, Consenso, certificato/documento alternativo)
- I pasti alternativi per motivazioni etiche o religiose non necessitano di certificato medico; è sufficiente presentare modulo di richiesta con consenso firmato.

QUANDO INIZIERA' LA PRODUZIONE DELLA DIETA SANITARIA E DEL PASTO ALTERNATIVO PER MOTIVAZIONI ETICHE O RELIGIOSE

Dalla ricezione della documentazione garantiamo la produzione della Dieta Sanitaria e pasto alternativo per motivazioni etiche o religiose entro i termini definiti da contratto d'appalto o comunque non oltre i 10 giorni lavorativi.

QUALI ALIMENTI SARANNO ESCLUSI NELLA DIETA

Per principio di precauzione e per diminuire il rischio di contaminazione e di errore nella produzione delle Diete Sanitarie, CIRFOOD prevede, per alcune categorie alimentari, l'esclusione degli alimenti appartenenti all'intera categoria dell'alimento citato nel Modulo e nel certificato medico (es: NO formaggio diventa NO latte e derivati, NO noci diventa NO frutta a guscio, ecc.) (ai sensi del Reg. UE 1169/2011, D.Lgs. 109/92, 88/2009 e s.m.i):

- Cereali contenenti glutine
- Crostacei
- Uova
- Pesce
- Arachidi
- Latte incluso lattosio
- Frutta a guscio
- Sedano
- Senape
- Semi di sesamo
- Anidride solforosa e solfiti
- Lupini
- Molluschi
- Legumi (tutti se non specificati nel caso di Favismo)

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL PANE

I fornitori artigianali del pane da cui CIRFOOD si approvvigiona dichiarano, oltre agli ingredienti base (farina di frumento contenente glutine, lievito, sale ed eventualmente olio extravergine d'oliva), la possibile presenza in tracce dei seguenti allergeni: **cereali contenenti glutine, crostacei, uova, pesce, arachidi, soia, latte incluso lattosio, frutta a guscio, sedano, senape, semi di sesamo, anidride solforosa e solfiti, lupini, molluschi**, in quanto nello stesso laboratorio sono effettuate anche altre produzioni contenenti i tali (ai sensi del Reg. UE 1169/2011, D.Lgs. 109/92, 88/2009 e s.m.i). Viene pertanto richiesto al genitore del bambino/a con dieta sanitaria l'autorizzazione alla somministrazione di tale prodotto. In alternativa CIRFOOD fornisce un prodotto privo di tutti gli allergeni.

DIETE SANITARIE PERMANENTI (es. celiachia, diabete mellito, malattie metaboliche ...)

Le Diete Sanitarie permanenti (rischio vita e non) non necessitano di rinvio del certificato medico ad ogni anno di permanenza del bambino/a nello stesso grado scolastico. Per queste diete è necessario l'invio del certificato medico/documento alternativo, unitamente al Modulo di richiesta Dieta Sanitaria, per il primo anno di frequenza alla Mensa Scolastica. In caso di passaggio da una scuola all'altra oppure grado scolastico (es. dall'infanzia alla primaria) sarà necessario inviare nuovamente tutta la documentazione correttamente compilata e il nuovo certificato.

MODIFICHE DELLA DIETA SANITARIA

Per modificare o integrare una Dieta Sanitaria è necessario inviare il certificato medico/documento alternativo che annulla o integra il precedente. Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta sanitaria, non vengono accettate modifiche (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente o sottoscritte in forma di autodichiarazione, né da parte degli insegnanti né da parte dei genitori.

ANNULLAMENTO DELLA DIETA SANITARIA

Per annullare la produzione della Dieta Sanitaria prima del termine di validità, è necessario inviare un certificato medico/documento alternativo che attesti che il/la bambino/a può tornare ad alimentarsi con dieta libera e senza restrizioni.

MODIFICHE DEL PASTO ALTERNATIVO PER MOTIVAZIONI ETICHE O RELIGIOSE

Per modificare integrare o annullare un pasto alternativo per motivazioni etiche o religiose, è necessario presentare una nuova autocertificazione.

Ufficio Prodotto, Qualità e Sicurezza CIRFOOD

MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE ANNO SCOLASTICO

Comune di _____

- Il sottoscritto/a (NOME COGNOME) _____
- Genitore/tutore di (NOME COGNOME ALUNNO) _____
- OPPURE
- Il sottoscritto/a operatore scolastico/Docente _____

telefono/cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) _____
 indirizzo di posta elettronica (facoltativo) _____

Scuola di riferimento: Nome scuola _____ Classe _____ Sezione _____

- NIDO INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA I GRADO

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico fornito da CIRFOOD

- COLAZIONE MERENDA DI META MATTINO PRANZO MERENDA DI META POMERIGGIO

- Giorni di rientro** LUNEDI' MARTERDI' MERCOLEDI' GIOVEDI' VENERDI'

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

1. RICHIEDE per il proprio figlio/per se in quanto Docente fruitore del servizio di refezione scolastica la produzione di DIETA SANITARIA per:

<input type="checkbox"/> Intolleranza alimentare a (specificare alimento/i) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:</u>
<input type="checkbox"/> Allergia alimentare a (specificare alimento/i) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:</u> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> è da considerare "A RISCHIO VITA" (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche, ricovero ospedaliero, shock anafilattico) </div>
<input type="checkbox"/> Malattia metabolica o autoimmune (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi:</u> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> è da considerare "A RISCHIO VITA" (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di ricovero ospedaliero e gravi rischi per la salute) </div>
<input type="checkbox"/> Altro (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc...; definire la tipologia di dieta richiesta) - <u>a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione:</u>

ANNULLAMENTO dieta sanitaria - a tal fine si allega Certificato del medico curante con prescrizione di dieta libera

2. **DICHIARA**, come riportato sul certificato medico allegato che:

- l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione **PUÒ** ESSERE TOLLERATO
- l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione **NON PUÒ** ESSERE TOLLERATO
(in caso di non autorizzazione procederemo ad eliminare dalla dieta tutte le possibili tracce dichiarate dalle schede tecniche dei prodotti esempio: dieta no legumi no tracce → eliminati dalla dieta tutti i prodotti confezionati e non che presentano l'allergene SOIA → dalla dieta verranno eliminati erbazzone-pizza-farina-biscotti-torte-gelati ecc)

3. **Informativa pane artigianale:**

- 1) gli ingredienti del PANE sono: farina di frumento, lievito ed eventualmente sale e olio extravergine di oliva;
- 2) i fornitori artigianali dai quali CIRFOOD si approvvigiona dichiarano che lo stesso contiene GLUTINE e potrebbe contenere in tracce i seguenti allergeni: CROSTACEI, UOVA, PESCE, ARACHIDI, SOIA, LATTE INCLUSO LATTOSIO, FRUTTA A GUSCIO, SEDANO, SENAPE, SEMI DI SESAMO, ANIDRIDE SOLFOROSA E SOLFITI, LUPINI, MOLLUSCHI in quanto nello stesso laboratorio ed eventualmente sulla stessa linea di lavorazione sono effettuate anche altre produzioni contenenti gli stessi (ai sensi del Reg. UE 1169/2011, D.Lgs. 109/92, 88/2009 e s.m.i).

IN CASO DI POSSIBILITA' DI CONSUMO DI PANE CONTENENTE ALLERGENI IN TRACCE, E' RICHIESTO CHE TALE AUTORIZZAZIONE VENGA SPECIFICATA SUL CERTIFICATO MEDICO REDATTO DALLO SPECIALISTA.

Nel caso in cui vi sia impossibilità di aggiornare la certificazione del medico specialista, è di fatto onere e obbligo del dichiarante compilare la seguente autocertificazione. In caso di mancata compilazione l'**alternativa** che CIRFOOD somministra è un prodotto privo di tutti gli allergeni di cui sopra, costituito da **GALLETTE**

Autocertificazione - Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/ _____
c.f. _____
nato a _____ (____) il ____/____/____,
residente a _____ (____) in _____ n° _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

Consapevole di quanto sopra esplicitato il sottoscritto **DICHIARA** che

- l'allergene presente in tracce o all'interno del laboratorio di produzione **PUÒ** ESSERE TOLLERATO
- l'allergene presente in tracce o all'interno del laboratorio di produzione **NON PUÒ** ESSERE TOLLERATO

4. **Informativa pasta di semola**

I principali produttori da cui CIRFOOD si approvvigiona dichiarano che la stessa contiene GLUTINE e potrebbe contenere l'allergene SOIA in tracce in quanto rilevata sulle semole utilizzate per la produzione (ai sensi del Reg. UE 1169/2011, D.Lgs. 109/92, 88/2009 e s.m.i).

IN CASO DI POSSIBILITA' DI CONSUMO DI PASTA DI SEMOLA CONTENENTE TRACCE DI SOIA, E' RICHIESTO CHE TALE AUTORIZZAZIONE VENGA SPECIFICATA SUL CERTIFICATO MEDICO REDATTO DALLO SPECIALISTA.

Nel caso in cui vi sia impossibilità di aggiornare la certificazione del medico specialista, è di fatto onere e obbligo del dichiarante compilare la seguente autocertificazione. In caso di mancata compilazione l'alternativa che CIRFOOD somministra è un prodotto privo dell'allergene

Autocertificazione - Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/ _____
c.f. _____
nato a _____ (____) il ____/____/____,
residente a _____ (____) in _____ n° _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

Consapevole di quanto sopra esplicitato il sottoscritto **DICHIARA che**

- l'allergene presente in tracce **PUÒ** ESSERE TOLLERATO
 l'allergene presente in tracce **NON PUÒ** ESSERE TOLLERATO

Il consumatore ha richiesto anche un pasto alternativo per motivazioni etiche o religiose (In caso di richiesta di pasto alternativo è **necessario compilare anche** il MODULO RICHIESTA PASTI ALTERNATIVI PER MOTIVAZIONI ETICHE O RELIGIOSE)

E' CONSAPEVOLE CHE la procedura attuata prevede quanto segue:

- Si accettano solo certificati di **SPECIALISTI**, quali **pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche; certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati** (è preferibile l'utilizzo del modulo "CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SANITARIE AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA" allegato alla presente).
- **NON si accettano dichiarazioni di altre figure sanitarie e referti di analisi in assenza di certificazione medica.**
- In assenza di precisa indicazione medica la dieta sanitaria richiesta avrà validità di un anno scolastico (da settembre a giugno)
- Le richieste di dieta per malattie metaboliche e autoimmuni permanenti quali ad esempio diabete, celiachia, favismo, hanno validità per l'intero ciclo scolastico (es. per tutta la permanenza presso la medesima scuola dell'infanzia, dalla classe 1^a alla 5^a della medesima scuola primaria, ...) anche se non specificato nel certificato medico.
- **Per tutte le sospensioni, integrazioni e/o restrizioni della dieta è necessario presentare certificato medico**
- Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta sanitaria, **non vengono accettate modifiche della dieta (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente o sottoscritte in forma di autodichiarazione**, né da parte degli insegnanti, né da parte dei genitori.
- Si consiglia di mantenere copia della seguente documentazione unitamente al certificato medico in caso di necessità di presentazione per la frequentazione di centri estivi
- Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ASL.

Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.

Luogo e data

Firma leggibile

CIRFOOD s.c.

Sede Legale

Via Nobel 19, 42124 Reggio Emilia - Casella Postale n° 65 - Tel. 0522 53011 Fax 0522 530100

info@cirfood.com • www.cirfood.com

Cod. Fisc. e P.IVA 00464110352 - Registro imprese di Reggio Emilia n° 00464110352 - REA RE 132738

CIRFOOD s.c. iscritta all'ALBO SOCIETÀ COOPERATIVE con il numero A109985

Sezione COOPERATIVE A MUTUALITÀ PREVALENTE - categoria COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO

MODULO RICHIESTA DI PASTO ALTERNATIVO PER MOTIVAZIONI ETICHE O RELIGIOSE ANNO SCOLASTICO

Comune di _____

- Il sottoscritto/a (NOME COGNOME) _____
 - Genitore/tutore di (NOME COGNOME ALUNNO) _____
 - OPPURE
 - Il sottoscritto/a operatore scolastico/Docente _____
- telefono/cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) _____
- indirizzo di posta elettronica (facoltativo) _____

Scuola di riferimento: Nome scuola _____ Classe _____ Sezione _____

NIDO INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA I GRADO

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico fornito da CIRFOOD

COLAZIONE MERENDA DI META MATTINO PRANZO MERENDA DI META POMERIGGIO

Giorni di rientro LUNEDI' MARTERDI' MERCOLEDI' GIOVEDI' VENERDI'

Il Sottoscritto, come sopra identificato:

1. **RICHIEDE** per il proprio figlio/per se in quanto Docente fruitore del servizio di refezione scolastica, la produzione di pasto alternativo per motivazione etico-religiosa:

- Motivazione religiosa
 - no tutti i tipi di carne
 - no suino
 - no bovino
 - altro (specificare) _____
- Motivazione etica
 - dieta ovo-latto vegetariana (no carne, no pesce- sì uova, latte e derivati)
 - dieta vegana (no carne, no pesce, no uova, no latte e derivati)

2. Il consumatore ha richiesto anche una Dieta Sanitaria. (In caso di necessità di dieta sanitaria per intolleranza o allergia è **necessario compilare anche** il MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE e allegare la documentazione richiesta)

3. Le esclusioni indicate sopra NON tengono conto di possibili tracce di allergeni contenute nelle materie prime utilizzate

4. La richiesta è ritenuta valida per l'intero ciclo scolastico

5. Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ASL.

Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.

Luogo e data

Firma leggibile



COMUNE DI ROCCABIANCA

Provincia di Parma – 43010 Roccabianca (PR) – Viale Rimembranze n. 3
telefono 0521 876165 – fax 0521 876790
Cod. fisc. e Partita IVA 00427670344
Sito Internet: www.comune.roccabianca.pr.it
e-mail: r.fava@comune.roccabianca.pr.it

Al Comune di Roccabianca
V.le Rimembranze n. 3
43010 Roccabianca

C.a. Ufficio Scuola

MODULO DI AUTORIZZAZIONE ALLA RICEZIONE DEGLI AVVISI DI PAGAMENTO PER IL SERVIZIO DI MENSA SCOLASTICA TRAMITE PEC

La/il sottoscritta/o _____ genitore
dell'alunna/o _____ frequentante
la classe/sezione _____ della scuola (*barrare una delle seguenti opzioni*)

infanzia statale primaria

autorizza l'Amministrazione comunale di Roccabianca all'invio degli avvisi di pagamento
relativi al servizio di mensa scolastica a cui è iscritta/o mia/o figlio/a **al seguente domicilio
digitale PEC (SCRIVERE IN STAMPATELLO):**

La/il sottoscritta/o solleva il Comune di Roccabianca da ogni responsabilità per la mancata
ricezione delle comunicazioni a mezzo pec, restando a carico del medesimo l'onere di
verifica del proprio account PEC.

In fede

Roccabianca, _____

Firma _____