

FONDAZIONE SCUOLA MATERNA E NIDO INTEGRATO

“CAV. L. CHIERICATI”

Via Roma n.42, 36020 Campiglia dei Berici (VI)

IBAN IT16X0839960240000000016260

Tel. 0444/866042 - sc.infachiericati@virgilio.it

in collaborazione con

COMUNE DI CAMPIGLIA DEI BERICI

Via Roma n. 7, 36020 Campiglia dei Berici (VI)

Tel. 0444/866030 - campigliadeiberici.vi@cert.ip-veneto.net

DOPOSCUOLA A.S.2026/2027 - ISCRIZIONE AL SERVIZIO MENSA

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____ nato a _____

il _____ residente in _____

in Via _____ n. _____

CELL. _____ E-MAIL: _____

E

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____ nato a _____

il _____ residente in _____

in Via _____ n. _____

CELL. _____ E-MAIL: _____

in qualità di genitori (o titolari della responsabilità genitoriale) di:

_____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

in Via _____ n. _____

frequentante la classe _____ ^ della Scuola Primaria “G. Pascoli” di Campiglia dei Berici

DICHIARANO CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A:

[] **Usufruirà del servizio mensa (al costo di €5,00 al pasto) presso la FONDAZIONE SCUOLA MATERNA E NIDO INTEGRATO “CAV. L. CHIERICATI”**

[] **Di avere la necessità di dieta speciale per:**

- Allergie, intolleranze e malattie metaboliche.....
impegnandosi a produrre certificazione medica obbligatoria;
- Motivi etici o religiosi.....

[] **NON usufruirà del servizio mensa** e provvederà autonomamente a fornire al/alla proprio/a figlio/a **il pasto da casa** che consumerà negli appositi locali della Scuola Materna e Nido Integrato.

* In caso di pasto portato da casa, il COMUNE DI CAMPIGLIA DEI BERICI, la FONDAZIONE SCUOLA MATERNA E NIDO INTEGRATO “CAV. L. CHIERICATI” e PRENDE COOPERATIVA SOCIALE (Cooperativa che gestisce il servizio di doposcuola), sono sollevati da ogni responsabilità relativa alla preparazione, conservazione e consumazione dello stesso, nonché per eventuali malesseri riconducibili al pasto consumato.

Modalità di pagamento della mensa:

- Il pagamento del servizio mensa dovrà essere effettuato entro **i primi 5 giorni del mese successivo** alle seguenti coordinate bancarie:

IBAN: IT16X0839960240000000016260

CAUSALE: **COGNOME NOME (BAMBINO/A) - DOPOSCUOLA CAMPIGLIA - MESE DI** - **SERVIZIO MENSA**

- Per l'importo esatto da versare, la Fondazione “Cav. L. Chiericati” comunicherà **all'inizio del mese** alle famiglie via SMS o whatsapp il calcolo del costo mensile che verrà effettuato tenendo conto dei giorni di effettiva fruizione del servizio.

Esempio: periodo dal 28/09/2026 al 30/10/2026 – numero di pasti 20 – costo del servizio €100,00

- Eventuali assenze dalla mensa dovranno essere comunicate tassativamente entro le **ore 9:00** del giorno stesso, via SMS o whatsapp al numero **392-4708068** per poter recuperare il pasto non usufruito, che verrà scalato dal pagamento del mese. In caso di mancata comunicazione entro l'orario indicato **il pasto non potrà essere recuperato.**

* Il servizio verrà attivato e mantenuto al raggiungimento del numero minimo di **10 iscritti**. La scelta effettuata è vincolante per l'intero anno scolastico e non sarà possibile cambiare da mensa a pasto da casa.

I sottoscritti – ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 e reg. UE n. 679/2016, dichiarano di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Data e luogo _____

Firma _____

Firma _____

Il seguente modulo dovrà essere inviato via email all'indirizzo sc.infachiericati@virgilio.it