



# COMUNE DI CETRARO

(Provincia di Cosenza)

Via Luigi de Seta, s.n. - 87022 CETRARO (CS)

TEL.(0982) 978211 - FAX (0982) 971392

C.F. 86000770783

[www.comune.cetraro.cs](http://www.comune.cetraro.cs)

UFFICIO PUBBLICA ISTRUZIONE

## A V V I S O

**Oggetto:** Refezione scolastica a.s. 2025/2026 - ISCRIZIONE AL SERVIZIO-

SI INFORMANO I GENITORI DEGLI ALUNNI UTENTI DEL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA CHE Da lunedì 14 luglio 2025 SARA' POSSIBILE PROCEDERE ALL'ISCRIZIONE per il SERVIZIO MENSA SCOLASTICA PER L'A.S. 2025/2026 PRESENTANDO Istanza di iscrizione al servizio, compilando il **MODELLO DI DOMANDA** allegato al presente avviso corredato da tutta la documentazione richiesta, entro e non oltre venerdì 31 luglio 2025:

**Per le diete speciali per motivi sanitari (allergie, intolleranze, celiachia, ecc.):**

- compilare il modello di richiesta di dieta speciale per motivi sanitari allegato al presente avviso ( **MODULO A**);
- allegare il certificato medico-pediatra attestante eventuali patologie con le relative indicazioni: diagnosi, tipo di dieta da seguire e periodo stabilito per la dieta, utilizzando il modello predisposto dalla competente ASP ed allegato al presente avviso (**ALL. 1**).

**Per le diete speciali per motivi etico/religiosi:**

- compilare il modello di richiesta di dieta speciale per motivi etico/religiosi allegato al presente avviso (**MODULO B**)

Si precisa che l'istanza al servizio dovrà essere presentata:

- via pec al seguente indirizzo pec: [protocollo.cetraro@asmepec.it](mailto:protocollo.cetraro@asmepec.it)
- a mano presso l'ufficio protocollo del Comune di Cetraro nei seguenti giorni:

**dal Lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.30;**

FASCE REDDITO ISEE	TARIFFA
DA € 0 a € 3.000,00	3,00
DA € 3.001,00 a € 7.000,00	3,60
DA € 7.001,00 a € 12.000,00	4,20
oltre € 12.001	5,10

L'Ufficio PUBBLICA ISTRUZIONE è a completa disposizione per qualsiasi chiarimento o necessità di supporto in merito.

Orario sportello al pubblico:

**Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,30**

**Martedì dalle ore 16,30 alle ore 18,00.**

Tel.0982/978236 – 0982978222

Indirizzi e-mail: [pubblicaistruzione@comune.cetraro.cs.it](mailto:pubblicaistruzione@comune.cetraro.cs.it)

Cetraro, 10.07.2025



Il Responsabile dell'Area I^  
dott.ssa Daniela Servello



# COMUNE di CETRARO

(Provincia di Cosenza)

Via Luigi De Seta, 54 - 87022 – Cetraro (Cs)

[www.comune.cetraro.cs.it](http://www.comune.cetraro.cs.it) – Tel.(0982) 978211

C.F.:86000770783

All'Ufficio Pubblica Istruzione  
Del Comune di Cetraro

**DOMANDA AL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA**  
**Anno scolastico 2025/2026**  
**AUTODICHIARAZIONE**  
**ai SENSI degli Artt. 46 e 47 D.P.R. n. 4452000**

U

COMUNE DI CETRARO

Protocollo N. 0007121/2025 del 10/07/2025

Il / la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

Nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza/Loc. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ / Mobile \_\_\_\_\_

eventuali altri numeri di familiari da utilizzare in caso di necessità \_\_\_\_\_

e- mail \_\_\_\_\_

## CHIEDE IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA

Per il/la proprio/a figlio/a:

Cognome e Nome dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Che nell'anno 2025/2026 frequenterà la seguente scuola

Infanzia       primaria       secondaria di I° grado

Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

NOME della SCUOLA : \_\_\_\_\_ ( esempio: Marinella, Militermi, San Giacomo, Santa Barbara. – Scuola Media C. Alvaro etc.)

**A tal fine DICHIARA  
ai SENSI dell'art. 76 del D.P.R. n. 4452000 DI**

- DI accettare l'applicazione della tariffa ripartita a seconda delle fasce di reddito;
- Che la situazione economica e reddituale del nucleo familiare del richiedente, valida ai fini del **modello ISEE per l'anno 2025 è pari ad** Euro \_\_\_\_\_ (ALLEGARE COPIA)
- Altro (specificare) ad esempio intolleranza alimentare/Cert.Medico \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

- Di essere in regola con i pagamenti dell'a.s. 2023/2024
- Di Accettare l'eventuale emanazione di provvedimenti per il recupero coattivo delle somme in caso di mancato pagamento;
- Di Non presentare l'ATTESTAZIONE ISEE e di accettare l'applicazione della TARIFFA MASSIMA;
- Di Essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false;
- Di accettare l'applicazione delle tariffe determinate con Deliberazione di G.C.n. 38 del 06.05.2024 e confermate con Deliberazione di G.C. n. 15 del 25.06.2025;
- Di essere consapevole che per iscriversi al servizio è necessario che la famiglia sia in regola con i pagamenti delle rette dei servizi scolastici degli anni precedenti e riguardanti anche altri figli;
- Di essere consapevole, che in caso di mancato pagamento, si procederà alla sospensione del servizio e comunque al recupero coattivo delle somme;

Firma del genitore \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE!**

La presente domanda deve essere compilata in ogni sua parte, e **corredata dalla seguente documentazione:**

- ATTESTAZIONE ISEE in corso di validità,
- Documento d'Identità e codice fiscale del genitore /tutore dell'alunno
- Documento d'Identità e codice fiscale dell'alunno
- Per eventuale DIETE SPECIALI allegare:**
- Mod. A) Richiesta dieta speciale per motivi Sanitari e all. 1)  
Il genitore allega al Mod A), la certificazione medico-specialistica per la quale si rende necessaria la fornitura di un pasto differenziato rispetto a quanto previsto dalla tabella dietetica. Il certificato medico deve essere LEGGIBILE , sottoscritto , datato e rilasciato da Pediatra o Medici Specialisti, con diagnosi della patologia e prescrizione dettagliata degli alimenti/ingredienti da utilizzare.
- Mod. B) Richiesta dieta speciale per motivi Etico/Religiosi

La domanda dovrà essere consegnata all'Ufficio Protocollo entro e non oltre il **31 luglio 2025**.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dgls 196/2003: I dati raccolti attraverso la compilazione del presente modulo e dei relativi allegati, verranno trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per l'erogazione delle prestazioni richieste, anche mediante accesso e raffronto con i dati già in possesso dell'A.C. secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge e regolamenti. I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei. Il conferimento dei propri dati è obbligatorio se imposto da leggi o regolamenti;

facoltativo se connesso soltanto all'accoglimento delle istanze presentate.

I suoi dati potranno essere comunicati , anche per l'eventuale trattamento, oltre ai soggetti incaricati all'interno del comune, a soggetti terzi determinati (persone fisiche, società o enti ) eventualmente incaricati a svolgere servizi del comune o funzioni strettamente connesse o strumentali alla attività del comune nei limiti strettamente necessari per i compiti loro affidati e altresì per finalità esclusivamente gestionali relative ad incassi,pagamenti ecc.

I suoi dati non saranno fatti oggetto di diffusione a terzi indeterminati.

Tali dati potranno essere utilizzati al fine della verifica dell'esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal d.p.r. 445/2000 ( c.d. Testo Unico sulla documentazione amministrativa).

Le ricordiamo che in qualità d'interessato, lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del codice privacy tra cui, a titolo esemplificativo, quelli di informativa, accesso rettificazione, blocco e cancellazione dati. Titolare del trattamento dei suoi dati personali è il Comune di Cetraro nella persona del Sindaco pro- tempore.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## MODULO A: RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

in qualità di:

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ della Scuola

Nido d'Infanzia  Infanzia  Primaria  Secondaria di I° grado  Secondaria di II° grado

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Operatore scolastico/ docente presso la Scuola

Nido d'Infanzia  Infanzia  Primaria  Secondaria di I° grado  Secondaria di II° grado

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Ai fini della fruizione del servizio mensa per l'a.s. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

La somministrazione di dieta speciale per:

- **ALLERGIA ALIMENTARE**   
(si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere).
- **INTOLLERANZA ALIMENTARE**   
(si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere).
- **CELIACHIA**   
(si allega certificato medico del Centro Specializzato con diagnosi).
- **DIETA SPECIALE PER ALTRE CONDIZIONI PERMANENTI QUALI MALATTIE METABOLICHE/ DEFICIT ENZIMATICI**   
(si allega certificato medico del Centro Specializzato con diagnosi ed elenco alimenti da escludere).

I dati personali saranno trattati nel rispetto della vigente normativa (Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e D.lgs. 30.06.2003, n. 196 (Codice in materia in protezione dei dati personali), come modificato dal D.lgs. 10.08.2018, n. 101.)

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

U

COMUNE DI CETRARO

Protocollo N. 0007121/2025 del 10/07/2025

**FAC-SIMILE DI CERTIFICATO MEDICO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA**

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il bambino \_\_\_\_\_ M  F

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ,

frequentante per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ la scuola:

- nido**     **infanzia**     **primaria**
- secondaria di 1° grado**     **secondaria di II° grado** (barrare la scuola che interessa)

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

presenta:

- ALLERGIA ALIMENTARE** (SPECIFICARE \_\_\_\_\_)
- INTOLLERANZA ALIMENTARE** (SPECIFICARE \_\_\_\_\_)
- CELIACHIA**
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO:**  
(SPECIFICARE \_\_\_\_\_)

Pertanto:

- Si richiede una dieta priva dei seguenti alimenti:**

---



---



---



---



---

**Allega alla presente certificazione, in considerazione della particolare patologia sopra indicata, la dieta specifica.**

Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta/Specialista

**U**  
 COMUNE DI CETRARO  
 Protocollo N. 0007121/2025 del 10/07/2025

## MODULO B: RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI ETICO/RELIGIOSI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

in qualità di:

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ della Scuola

Nido d'Infanzia  Infanzia  Primaria  Secondaria di I° grado  Secondaria di II° grado

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Operatore scolastico/ docente presso la Scuola

Nido d'Infanzia  Infanzia  Primaria  Secondaria di I° grado  Secondaria di II° grado

denominata \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Ai fini della fruizione del servizio mensa per l'a.s. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La somministrazione di dieta speciale per motivi etico/religiosi:

- Dieta priva di carne di maiale
- Dieta priva di ogni tipo di carne
- Dieta vegetariana (priva di carne e pesce)

I dati personali saranno trattati nel rispetto della vigente normativa (Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e D.lgs. 30.06.2003, n. 196 (Codice in materia in protezione dei dati personali), come modificato dal D.lgs. 10.08.2018, n. 101.)

FIRMA

Data \_\_\_\_\_

U

COMUNE DI CETRARO

Protocollo N. 0007121/2025 del 10/07/2025