



Comune di Villafranca di Verona

Provincia di Verona
www.comune.villafranca.vr.it



Ufficio Servizi Scolastici

All'Ufficio Servizi Educativi e Scolastici
del Comune di Villafranca di Verona

PEC: protocollo.comune.villafranca.vr@pecveneto.it

E-Mail: protocollo@comune.villafranca.vr.it

Oggetto: dichiarazione per l'Attività Pomeridiana da metà settembre 2026 a maggio 2027.

La/Il sottoscritto/a

nata/o a Prov. ()

il / / C.F.

residente a Prov. ()

in n.

CAP Tel.

e-mail

dichiaro di (mettere la crocetta sull'opzione scelta):

USUFRUIRE della Ristorazione Scolastica e mi impegno a contattare l'Ufficio Servizi Educativi e Scolastici, per attivare un'eventuale dieta speciale dovuta a motivi etico-religiosi o ad allergie e/o intolleranze alimentari che di seguito descrivo brevemente:

NON USUFRUIRE della Ristorazione Scolastica e dunque, dopo aver pranzato **A CASA**, mio figlio/a rientrerà a scuola **PUNTUALE** alle ore **14:00**.

NON USUFRUIRE della Ristorazione Scolastica e di fornire a mio/a figlio/a il **PRANZO AL SACCO** che consumerà a scuola durante il momento della mensa. (**N.B.:** questa opzione dovrà essere autorizzata dal Dirigente Scolastico del Plesso di riferimento).

per il bambino/a

Nome:

Cognome:

C.F.:

che nell'anno scolastico 2026/2027 frequenterà la:

Scuola Primaria:

Nella Classe: Sezione:

Dichiaro inoltre che mio/a figlio/a soffre delle seguenti patologie che necessitano di cure mediche di cui si dovrà tener conto nello svolgimento del servizio (non compilare se non sono presenti patologie):

Dichiaro altresì che a mio/a figlio/a sono state rilasciate, o sono in itinere, le seguenti certificazioni rispetto ai disturbi dell'apprendimento o della sfera comportamentale (non compilare se non sono presenti):

Per quanto riguarda il ritiro quotidiano di mio/a figlio/a dal servizio delego le seguenti persone a ritirare mio/a figlio/a dal servizio (elencare il nome dei delegati tutti maggiorenni, compreso quello dei genitori).

ATTENZIONE: compilare tutti i campi per ogni persona delegata!

Nome:

Cognome:

Telefono: N. Doc. Id.

Grado parentela o ruolo:

Nome:

Cognome:

Telefono: N. Doc. Id.

Grado parentela o ruolo:

Nome:

Cognome:

Telefono: N. Doc. Id.

Grado parentela o ruolo:

Nome:

Cognome:

Telefono: N. Doc. Id.

Grado parentela o ruolo:

Trasmetto, allegata alla presente, copia di un documento di identità valido.

Villafranca di Verona, / /

Firma