



MENSA SCOLASTICA

Formulario di iscrizione

ANNO _____ - _____

Mensa Locarno

Mensa Solduno

Mensa Collina

Generalità dell'allievo/a

Cognome _____ Nome _____

Classe _____ Data di nascita _____

Recapito telefonico _____ Email _____

È importante indicare il numero telefonico dove è possibile trovare qualcuno in ogni momento della giornata (in caso d'urgenza)

ISCRIZIONE REGOLARE

Frequenterà **regolarmente** la mensa nei giorni seguenti:

Lunedì

Martedì

Giovedì

Venerdì

ISCRIZIONE IRREGOLARE

In caso di lavoro a turni, comunicare i giorni di frequenza mensilmente o settimanalmente tramite email all'indirizzo mensa@locarno.ch o telefonicamente al n. 091 756 33 60/62.

In caso di assenza la famiglia si impegna a darne **comunicazione** al n. 091 756 33 60/62 **entro le ore 08.30**

Osservazioni sanitarie (allergie, intolleranze, cibi da evitare):

Le richieste saranno volentieri accolte previa presentazione di un certificato medico.

Durante la pausa del mezzogiorno, gli allievi iscritti saranno sotto la sorveglianza di personale qualificato (dalle 11.45 alle 13.35)
L'ammissione al servizio di refezione è subordinata all'iscrizione.

In nessun caso la segreteria della scuola può avvisare direttamente i bambini della necessità di frequentare la mensa, compito che spetta alla famiglia.

La tassa di frequenza ammonta a CHF 8.- al giorno per gli allievi di Locarno, Brione s/Minusio e Orselina (CHF 9.- per allievi domiciliati in altri comuni); la fatturazione avverrà mensilmente.

Le iscrizioni devono pervenire entro il 31 maggio. Iscrizioni incomplete e/o in ritardo saranno prese in considerazione solo in caso di posti disponibili.

Attraverso la firma di questo formulario, la famiglia certifica di aver preso visione del regolamento concernente il servizio mensa, consultabile sul sito internet della Città di Locarno. Lo stesso può anche essere richiesto alla segreteria della scuola.

Data _____ Firma dell'autorità parentale _____



DICHIARAZIONE DATORE DI LAVORO

Indicare una delle due opzioni: Lavoro dipendente Lavoro indipendente

Nome e indirizzo del datore di lavoro/attività propria

Nome del richiedente _____

Indirizzo completo _____

Genitore di _____ **Classe** _____

È alle dipendenze della nostra ditta/lavora come indipendente dal _____

Se con contratto a tempo determinato indicare data del termine di lavoro _____

Percentuale lavorativa 100% altro (specificare) _____

Con i seguenti orari:

orario fisso dalle ore _____ alle ore _____

orario irregolare lunedì dalle ore _____ alle ore _____

 martedì dalle ore _____ alle ore _____

 mercoledì dalle ore _____ alle ore _____

 giovedì dalle ore _____ alle ore _____

 venerdì dalle ore _____ alle ore _____

impossibile indicare un orario

Timbro e firma del Datore di lavoro
(se indipendente firma della persona)

Luogo e data: _____