

	Amministrazione destinataria Comune di Cassano d'Adda	
	Ufficio destinatario Ufficio Pubblica Istruzione	

**Richiesta di somministrazione di dieta speciale per il servizio di mensa scolastica**  
**anno scolastico        /**

Il sottoscritto genitore, affidatario o tutore											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso		Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

**CHIEDE**

la somministrazione di dieta speciale per il servizio di mensa scolastica

per il bambino				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita
Classe		Sezione	Scuola	
Dieta prescelta				
<input type="radio"/>	dieta per allergie o intolleranze alimentari			
<input type="radio"/>	dieta speciale per malattia metabolica (diabete, obesità, favismo, celiachia, fenilchetonuria, glicogenosi)			
<input type="radio"/>	dieta per motivazioni etico-religiose, precisando che non dovranno essere somministrati i seguenti alimenti:			
Data decorrenza dieta				
<input type="radio"/>	si tratta di una richiesta di somministrazione di dieta speciale per il primo anno			
<input type="radio"/>	si tratta di una richiesta di somministrazione di dieta speciale per gli anni diversi dal primo			

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione intervenga nei dati dichiarati nel presente modulo

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | certificazione medica rilasciata da un centro specialistico o dal medico curante<br><i>(da allegare solo se è richiesta la dieta per allergie o intolleranze alimentari per il primo anno)</i>   |
| <input type="checkbox"/> | certificato medico rilasciato da un centro specialistico o dal pediatra di libera scelta medico di medicina generale del SSN test allergologici, test allergologici e indicazioni chiare rispetto a quali alimenti o preparazioni alimentari andranno esclusi dal piano dietetico<br><i>(da allegare solo se è richiesta la dieta per malattia metabolica)</i> |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento di identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>  |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare)   |

### Informativa e consenso sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza ed esprime il proprio consenso relativo al trattamento degli stessi. |
|--------------------------|---|

Cassano d'Adda

Luogo

Data

Il dichiarante