

	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 CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare		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)

- certificazione medica rilasciata da un centro specialistico o dal medico curante
(da allegare solo se è richiesta la dieta per allergie o intolleranze alimentari per il primo anno)
- 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
(da allegare solo se è richiesta la dieta per malattia metabolica)
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- 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)

- 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