

	Al Comune di Ufficio destinatario	
--	--	--

Richiesta di dieta speciale

Anno scolastico ____ / ____

Il sottoscritto					
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
in qualità di					
Ruolo					
<input type="checkbox"/> operatore scolastico/insegnante					
<input type="checkbox"/> genitore/tutore del minore					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Scuola di riferimento					
<input type="checkbox"/> infanzia					
<input type="checkbox"/> primaria					
<input type="checkbox"/> secondaria I grado					
Nome plesso scolastico				Classe	Sezione

CHIEDE

la produzione di dieta speciale per

<input type="checkbox"/>	intolleranza alimentare <small>Intolleranze (precisare alimento/i che generano intolleranza)</small>
<input type="checkbox"/>	allergia alimentare <small>Allergie (precisare alimento/i che generano allergia)</small>
<input type="checkbox"/>	malattia metabolica <small>Malattie (ad esempio diabete, ecc.)</small>
<input type="checkbox"/>	altra patologia <small>Altre patologie (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, altro)</small>
<input type="checkbox"/>	motivazione etico-religiosa <small>Tipo/i di carne da non somministrare (ad esempio maiale, bovino, tutti i tipi di carne, ecc.)</small>

Valendosi della facoltà prevista 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

che la dieta è da considerarsi

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | "pericolosa per la vita", cioè il cui non rispetto è a rischio vita e/o causa di gravi effetti per la salute, esempio shock anafilattico |
| <input type="checkbox"/> | "non pericolosa per la vita", cioè il cui non rispetto non è a rischio vita |

Eventuali annotazioni

--

Elenco degli allegati

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

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia del certificato medico |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità
<i>(da non allegare se l'istanza è presentata in modalità telematica o se la firma autografa è apposta di fronte a un pubblico ufficiale)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

Informativa 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"/> | dichiaro 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. |
|--------------------------|---|

Luogo	Data	Il dichiarante