RICHIESTA DIETA DIFFERENZIATA

Il sottoscritto (cognome e nome del genitore)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Luogo di nascita…………………………………………………………………Prov………………………………………………………….

Data di nascita…………………………………………..Codice fiscale……………………………………………………………………

Residente a…………………………………………………………C.A.P……………………………….Prov………………………………

Via…………………………………………………………………………………………………….n. civico……………………………………

Recapito telefonico…………………………………………………………………………………………………………………………….

Genitore/tutore di (cognome e nome dell’alunno/a)……………………………………………………………………….

La sottoscritta (cognome e nome del genitore)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Luogo di nascita…………………………………………………………………Prov………………………………………………………….

Data di nascita…………………………………………..Codice fiscale……………………………………………………………………

Residente a…………………………………………………………C.A.P……………………………….Prov………………………………

Via…………………………………………………………………………………………………….n. civico……………………………………

Recapito telefonico…………………………………………………………………………………………………………………………….

Genitore/tutore di (cognome e nome dell’alunno/a)……………………………………………………………………….

Luogo di nascita………………………………………………………………..data di nascita…………………………………………

Residente a…………………………………………….Via……………………………………………………..n. civ……………………….

Che frequenta la scuola:

d’infanzia (denominazione)……………………………………..... classe/sez…………………………………………………….

primaria (denominazione)…………………………………………… classe/sez……………………………………………………

Fa presente che l’utente necessità di DIETA DIFFERENZIATA

**Per motivazione etica e/o religiosa**

NO carne suina

Scelta vegetariana (No tutti i tipi di carne, NO pesce)

Scelta vegana (No tutti i tipi di carne, NO pesce, NO uova, No latte e tutti i derivati)

Altro

**Per motivazione sanitaria** Si allega copia del Certificato Medico

Intolleranza alimentare a (specificare alimento/i)……………………………………………………………………………

Allergia alimentare a (specificare alimento/i)………………………………………………………………………………….

Malattia metabolica (specificare se diabete, celachia, favismo, ec…)……………………………………………….

Altro (specificare)…………………………………………………………………………………………………………………………………

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

* È necessario attendere di essere contattati dall’Ufficio Politiche Educative che informerà sulla data di inizio fornitura della dieta differenziata.
* La richiesta ha valore per l’anno scolastico 2020/2021 da febbraio a giugno.

Data ……………………………... Firma …………………………………………………………….

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI, ANCHE SENSIBILI, AL D.LGS 30/06/03 N. 196 SENSI DELL’ART. 13

Il/La sottoscritto/a………………………………………………………………………………………………………………..

In qualità di genitore/tutore di………………………………………………………………………informato, ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs 30/06/03 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” sulle finalità e modalità del trattamento, e rilevato che le stesse sono rispettose del codice della privacy e delle finalità del servizio svolto dal Responsabile Settore Affari Generali ed Amministrazione Strategica, esprime il proprio consenso al trattamento e comunicazione dei dati anche sensibili del suddetto interessato nei limiti e per le finalità precisati nell’informativa.

Data……………/…………/…………… Firma………………………………………………………………………….

Si accolgono solo certificati con timbro e firma del medico curante. NON si accettano dichiarazioni di altre figure sanitarie e referti di analisi in assenza di certificazione medica.