

Amministrazione destinataria
Unione dei Comuni Lombarda
Terraes Fluminis

Ufficio servizi scolastici

Refezione scolastica 2024 - 2025
Domanda di attivazione o sospensione di dieta speciale

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale						
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza					
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata					

in qualità di

genitore, tutore o affidatario del bambino/a

Cognome	Nome	Codice fiscale	
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita
Scuola	Classe	Sezione	

insegnante

Scuola

Presenza alla mensa
(indicare i giorni in cui è presente alla mensa e le classi che accompagna)

operatore

Scuola

Presenza alla mensa
(indicare i giorni in cui è presente alla mensa e le classi che accompagna)

COMUNICA

<input type="radio"/>	la richiesta di una dieta speciale
Causa	
<input type="radio"/>	a causa della seguente patologia
Patologia	
<input type="radio"/>	intolleranza alimentare
<input type="radio"/>	allergia alimentare
<input type="radio"/>	malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc...)
<input type="radio"/>	obesità, sovrappeso
<input type="radio"/>	gastrite, gastroduodenite persistente
<input type="radio"/>	chetosi transitoria
E' obbligatorio allegare certificato medico aggiornato all'anno in cui si presenta la domanda	
<input type="radio"/>	per motivi etici o religiosi
<input type="radio"/>	per altri motivi <i>(specificare)</i>
Descrizione degli alimenti che non può assumere	
<input type="radio"/>	la sospensione della dieta speciale precedentemente richiesta, potrà seguire il menù scolastico a partire da
Data	
<input type="radio"/>	la richiesta dell'applicazione del "menù a scelta" a partire da
Data	

Elenco degli allegati

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

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | certificato medico
<i>(si accolgono certificati dei pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche con prescrizione dettagliata degli ingredienti da utilizzare o precisa indicazione terapeutica. Nel caso di utilizzo prodotti dietetici speciali, si prega di farlo presente nel medesimo certificato)</i> |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità
<i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati <i>(specificare)</i> |

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"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

Gussola,

FIRMA

.....