



Amministrazione destinataria

Comune di Quiliano

Ufficio destinatario

Domanda per la dieta differenziata

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|--------|----------------|------------------|-----------------------------|----------------|---------|-------------------------------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | |
| Residenza | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Provincia | Comune | | | | | | | | | |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | |

dell'alunno

| | | | | | | | | |
|-----------------|--|-------|------------------|--|----------------|--|--|--|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | |

iscritto alla scuola

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| Scuola | |
| <input type="radio"/> | infanzia B Ferro |
| | Sezione |
| <input type="radio"/> | asilo nido Le Piccole Birbe |
| <input type="radio"/> | primaria Valleggia |
| | Classe |
| | Sezione |
| <input type="radio"/> | primaria Quiliano |
| | Classe |
| | Sezione |
| <input type="radio"/> | secondaria |
| | Classe |
| | Sezione |

CHIEDE

per il proprio figlio/a nell'anno scolastico / la produzione di dieta speciale per

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | motivazione etico religiosa |
| | Tipi di carne da non somministrare |
| | |
| <input type="radio"/> | intolleranza o allergie alimentare |
| | Precisare alimenti che generano intolleranza |
| | |
| <input type="radio"/> | altra patologia |
| <input type="radio"/> | malattia metabolica |
| <input type="radio"/> | difficoltà di deglutizione-masticazione |
| <input type="radio"/> | Disturbi del comportamento alimentare |
| <input type="radio"/> | altro (specificare) |

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

al fine di contribuire alla gestione di tutte le diete speciali e garantire una corretta attenzione alle situazioni più gravi, allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta è da considerarsi

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

N.B.: Si accettano solo certificati di MEDICI SPECIALISTI, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche, datati nell'anno solare oppure Verbali di Commissione Medico Legale ASL, nel qual caso la scadenza sarà solo quella eventualmente indicata nel documento; certificati rilasciati da specialisti non competenti diversi da quelli indicati non saranno accettati. Per le diete per intolleranza/allergia, la certificazione dovrà essere rinnovata annualmente poiché nel corso del tempo le condizioni possono subire variazioni. La dieta per celiachia e per le malattie metaboliche certificate con Verbale ASL hanno carattere di continuità per gli anni successivi. Per una tutela responsabile degli alunni con dieta speciale, non saranno accettate modifiche della dieta (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente o sottoscritte in forma di autocertificazione, né da parte degli insegnanti, né da parte dei genitori. Per le sospensioni della dieta è necessario il certificato medico o in mancanza una autocertificazione scritta dal genitore. La famiglia che richiede dieta differenziata è consapevole di dover attendere conferma di procedibilità dall'Ufficio prima di poter contare sulla fruizione della ristorazione.

| |
|------------------------------|
| Eventuali annotazioni |
| |

Elenco degli allegati

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

copia del certificato medico per allergie o intolleranze alimentari

copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

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)

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.

Quiliano

Luogo

Data

Il dichiarante