

	Amministrazione destinataria Comune di Castel San Giovanni Ufficio destinatario Ufficio protocollo	
---	---	--

Domanda di attivazione dieta speciale o ripristino dieta normale anno educativo /

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
<input type="checkbox"/>											
del minore											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
frequentante il nido d'infanzia Biribimbo per la sezione											
Sezione											

CHIEDE

<input type="radio"/>	l'attivazione di dieta speciale standardizzata, rilasciata dal Servizio dietetico aziendale – AUSL di Piacenza, per la mensa scolastica in relazione a									
	<input type="radio"/>	patologie allergiche – intolleranze – dieta ad esclusione per protocollo diagnostico								
	pertanto allega certificazione medica (valida per l'anno scolastico in corso)									
	<input type="radio"/>	patologie alimentari croniche, quali diabete, celiachia, favismo								
	<input type="radio"/>	confermando le medesime condizioni del certificato medico dell'anno precedente								
	<input type="radio"/>	le condizioni certificato medico sono variate								
	pertanto allega nuova certificazione medica									
	<input type="radio"/>	patologie alimentari croniche, quali diabete, celiachia, favismo								
	<input type="radio"/>	non somministrare alimenti contenenti carne suina e derivati								
	<input type="radio"/>	non somministrare alimenti contenenti carne rossa								
<input type="radio"/>	non somministrare alimenti contenenti carne (nessun tipo)									
<input type="radio"/>	altro (specificare)									
<input type="radio"/>	il ripristino della dieta libera									
	pertanto allega certificazione medica									

COMUNICA

- di essere consapevole che la durata della dieta non può essere superiore all'anno scolastico in corso, ad eccezione delle patologie croniche-generiche

Eventuali annotazioni

--

Elenco degli allegati

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

<input type="checkbox"/>	copia del certificato medico
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</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"/>	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 della pratica.
--------------------------	--

Castel San Giovanni		
Luogo	Data	Il dichiarante