Amministrazione destinataria

Comune di Pollenza

Ufficio destinatario

Servizi Demografici: stato civile, anagrafe, elettorale, leva, statistica

Domanda per usufruire della dieta speciale per motivi sanitari

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

del minore

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

iscritto alla scuola

Scuola | **Classe** | **Sezione**

Giorni di frequenza in mensa

- ☐ lunedì
- ☐ martedì
- ☐ mercoledì
- ☐ giovedì
- ☐ venerdì
- ☐ tutti i giorni

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

- ◯ di attivare la dieta speciale
- ◯ l'integrazione della dieta speciale
- ◯ la sostituzione della dieta speciale
- ◯ l'annullamento della dieta speciale

per i seguenti motivi

- ☐ celiachia
- ☐ fenilchetonuria
- ☐ diabete mellito
- ☐ obesità
- ☐ favismo (dieta priva di legumi)
- ☐ favismo (dieta comprendente legumi)
- ☐ altro *(specificare)*

Allergie / intolleranze alimentari

- ☐ allergia al pesce
- ☐ allergia alla frutta a guscio
- ☐ allergia alle uova
- ☐ allergia al latte e derivati
- ☐ allergia al pomodoro
- ☐ intolleranza lattosio
- ☐ intolleranza nichel
- ☐ altro *(specificare)*

CHIEDE INOLTRE

- ◯ di eliminare anche gli alimenti contenenti l'allergene in tracce
- ◯ di NON eliminare anche gli alimenti contenenti l'allergene in tracce

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

- ☐ disabilità
- ☐ autismo
- ☐ problemi ortodontici
- ☐ difficoltà di deglutizione/masticazione
- ☐ altro *(specificare)*

Durata della dieta speciale

- ○ intero ciclo di studi
- ○ anno scolastico corrente
- ○ seguente periodo

Dal giorno **Al giorno**

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

- [x] certificato medico specificando la durata della dieta speciale
- [ ] copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- [ ] altri allegati

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.

Luogo	Data	il dichiarante
Pollenza		