



Comune di Signa
(Città metropolitana di Firenze)

U.O. Pubblica Istruzione

Comune di Signa

OGGETTO: RICHIESTA DIETA SPECIALE a.s. _____

(Dichiarazione rilasciata ai sensi artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000. Autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____ int. _____

tel. / cell. _____ e-mail _____

genitore di _____

nato a _____ il _____

frequentante la scuola: ☐ Nido ☐ Infanzia ☐ Primaria

nome della scuola _____ classe _____ sez _____

CHIEDE la preparazione del particolare regime alimentare

- **per motivi di salute (dieta speciale) specificati** nel certificato medico allegato in originale e che deve essere valido per l'anno scolastico per cui si presenta domanda:

- ☐ intolleranza e allergia alimentare
- ☐ malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, etc.)
- ☐ altra patologia (specificare): _____
- ☐ motivi sanitari temporanei (apparecchio ortodontico, intolleranze temporanee, etc specificare): _____

Ulteriori specifiche:

L'alimento o allergene eventualmente presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione:

- ☐ Può essere tollerato
- ☐ NON può essere tollerato

L'utente è a rischio vita per cui necessita del pasto confezionato in monoporzione:

- ☐ È a rischio vita
- ☐ NON è a rischio vita

NB: nel caso si dichiari il rischio vita, è necessario allegare al certificato medico anche la modulistica relativa alla richiesta di adrenalina o del kit salvavita

- **per motivi culturali (dieta vegetariana) o religiosi :**

- ☐ dieta VEGANA sostituzione di tutti i prodotti di origine animale
- ☐ dieta VEGETARIANA SENZA PESCE sostituzione di tutti i tipi di carne e di pesce
- ☐ dieta VEGETARIANA CON PESCE sostituzione di tutti i tipi di carne
- ☐ dieta NO MAIALE sostituzione di carne di maiale e derivati
- ☐ dieta HALAL somministrazione solo di carni macellate secondo metodo Halal
- ☐ altro specificare _____

Le certificazioni per motivi sanitari hanno la validità riportata nel certificato medico allegato e comunque al massimo di un anno scolastico (intolleranze temporanee, apparecchio ortodontico, etc). Sono fatte salve le variazioni che dovranno essere comunicate a cura degli interessati. Le certificazioni relative a malattie metaboliche e le dichiarazioni su motivi culturali/religiosi conservano la loro validità per tutti i cicli scolastici, salvo variazioni che dovranno essere comunicate a cura degli interessati.

Informativa ai sensi dell'art. 12 e ss Regolamento UE 679/2016

I dati personali raccolti nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali e/o per obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali. Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati.

Per ogni maggiore informazione circa il trattamento dei dati personali e l'esercizio dei diritti di cui agli art. 15 e ss Reg. UE 679/2016, l'interessato potrà prendere visione dell'Informativa, dei "Diritti degli interessati" e del relativo modulo, pubblicati nella home page del sito del Comune, nella "Sezione Privacy – Regolamento U.E".

Il titolare del Trattamento è: Comune di Signa

Signa, _____

Firma _____

(la firma deve essere apposta davanti all'impiegato addetto al ritiro o si deve allegare fotocopia del documento di identità)