

Spett. Comune di Lavagna
Piazza della Libertà 47

DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA
ANNO SCOLASTICO 20___ / 20___

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il ___/___/___
residente a _____ in via/piazza _____
Telefono (_____) _____ Cellulare (_____) _____
genitore dell'alunno/a _____
che frequenta la scuola _____
classe/sezione _____

Doc. Identità: tipo _____ n. _____ data rilascio ___/___/___
Rilasciato da _____

CHIEDE

Che al/alla proprio/a figlio/a venga somministrata una dieta speciale per i seguenti motivi (barrare con una la casella corrispondente):

- Allergie/Intolleranze alimentari** (allegare obbligatoriamente certificazione allergologica o certificazione medica rilasciata da specialista del Servizio Sanitario Nazionale)*
- Dieta speciale per malattia metabolica** (diabete, obesità, ecc....) **o di esclusione** (favismo, celiachia, fenilchetonuria, glicogenosi) (allegare obbligatoriamente certificato medico rilasciato da specialista del Servizio Sanitario Nazionale)*

N.B.*= le diete di cui ai punti sopra non saranno prese in considerazione in mancanza del certificato medico richiesto che dovrà riportare una diretta precisazione degli alimenti da evitare dopo aver preso visione del menù scolastico e degli alimenti sostitutivi che dovranno essere espressamente indicati.
La richiesta ha valenza per un solo anno scolastico, pertanto, se necessaria, dovrà essere rinnovata di anno in anno.

INFORMATIVA SUI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE (D.Lgs 30 giugno 2003, n.196)

Il sottoscritto prende atto che i dati personali inseriti nel presente modulo e/o documenti allegati sono oggetto di trattamento ai fini dell'elaborazione della dieta speciale da Voi richiesta. Ogni richiesta sarà visionata dall'Amministrazione Civica di Lavagna, dall'Istituzione Scolastica di Lavagna, dal responsabile della cucina della scuola frequentata e dall'ASL n.4.
L'informativa di cui all'art. 13 del D.lgs 196/2003 è a disposizione del competente Ufficio comunale.
Si autorizza pertanto il trattamento dei dati.

- Il Sottoscritto dichiara di voler ricevere le comunicazioni da parte del Comune di Lavagna preferibilmente via mail o posta elettronica certificata: _____

Data, ___/___/___

Firma _____