

|                                                                                   |                                                                                                                      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <p>Amministrazione destinataria<br/>Comune di Dosolo</p> <p>Ufficio destinatario<br/>Ufficio segreteria e scuola</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

## Domanda di dieta speciale per motivi sanitari o religiosi

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

| genitore o tutore del minore |       |                  |  |                |
|------------------------------|-------|------------------|--|----------------|
| Cognome                      |       | Nome             |  | Codice Fiscale |
|                              |       |                  |  |                |
| Data di nascita              | Sesso | Luogo di nascita |  | Cittadinanza   |
|                              |       |                  |  |                |

| frequentante la scuola |                           |         |
|------------------------|---------------------------|---------|
| Scuola                 | Classe                    | Sezione |
|                        |                           |         |
| <input type="radio"/>  | nido                      |         |
| <input type="radio"/>  | infanzia                  |         |
| <input type="radio"/>  | primaria                  |         |
| <input type="radio"/>  | secondaria di primo grado |         |

### CHIEDE

di usufruire della dieta in ambito scolastico per i seguenti pasti

|                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | colazione                  |
| <input type="checkbox"/> | merenda di metà mattino    |
| <input type="checkbox"/> | pranzo                     |
| <input type="checkbox"/> | merenda di metà pomeriggio |

| per i seguenti giorni di rientro |           |
|----------------------------------|-----------|
| Giorni                           |           |
| <input type="checkbox"/>         | lunedì    |
| <input type="checkbox"/>         | martedì   |
| <input type="checkbox"/>         | mercoledì |
| <input type="checkbox"/>         | giovedì   |
| <input type="checkbox"/>         | venerdì   |

**CHIEDE INOLTRE**

che venga fornita un'alimentazione adeguata al proprio figlio in quanto

|                          |                                                                               |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ha un'intolleranza alimentare                                                 |
|                          | <b>Descrizione</b>                                                            |
|                          |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | ha allergie alimentari                                                        |
|                          | <b>Descrizione</b>                                                            |
|                          |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | ha una malattia metabolica o autoimmune                                       |
|                          | <b>Descrizione</b>                                                            |
|                          |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | che venga fornita una dieta opportuna per motivi religiosi                    |
| <input type="radio"/>    | no tutti i tipi di carne                                                      |
| <input type="radio"/>    | no tutti i tipi di carne e il pesce                                           |
| <input type="radio"/>    | no suino                                                                      |
| <input type="radio"/>    | no bovino                                                                     |
| <input type="radio"/>    | altro (specificare)                                                           |
| <input type="checkbox"/> | che venga fornita una dieta opportuna per motivi etici                        |
| <input type="radio"/>    | dieta ovo- latte vegetariana (no carne e no pesce, si uova, latte e derivati) |
| <input type="radio"/>    | dieta latte – vegetariana (no carne, no pesce e no uova, si latte e derivati) |
| <input type="radio"/>    | dieta ovo- vegetariana ( no carne, no pesce, no latte e derivati, si uova)    |
| <input type="radio"/>    | dieta vegetariana (no carne, no pesce, no uova, no latte e derivati)          |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | altro (specificare) |
|                          | Descrizione         |
|                          |                     |

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

- ☐
- che l'assunzione degli alimenti comporta rischio di vita (ricovero ospedaliero o gravi rischi per la salute)

☐☒

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

| Elenco degli allegati                                                                                 |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| (barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale) |                                                      |
| <input type="checkbox"/>                                                                              | copia della certificazione medica per dieta speciale |
| <input type="checkbox"/>                                                                              | copia del documento di identità                      |
| (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)                                         |                                                      |
| <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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |

|        |      |                |
|--------|------|----------------|
| Dosolo |      |                |
| Luogo  | Data | Il dichiarante |