



Amministrazione destinataria
 Unione lombarda dei Comuni Centuriati
 di Bonemerse e Malagnino

Ufficio destinatario
 Ufficio Servizi Scolastici

Domanda di attivazione o sospensione di dieta speciale

Il sottoscritto

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

in qualità di

<input type="radio"/>	genitore, tutore o affidatario del bambino/a												
	<table border="1"> <tr> <td>Cognome</td> <td>Nome</td> <td colspan="2">Codice fiscale</td> </tr> <tr> <td>Data di nascita</td> <td>Sesso (M/F)</td> <td>Cittadinanza</td> <td>Luogo di nascita</td> </tr> <tr> <td>Scuola</td> <td colspan="2">Classe</td> <td>Sezione</td> </tr> </table>	Cognome	Nome	Codice fiscale		Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita	Scuola	Classe		Sezione
Cognome	Nome	Codice fiscale											
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita										
Scuola	Classe		Sezione										
<input type="radio"/>	insegnante												
	<table border="1"> <tr> <td>Scuola</td> </tr> <tr> <td> Presenza alla mensa (indicare i giorni in cui è presente alla mensa e le classi che accompagna) </td> </tr> </table>	Scuola	Presenza alla mensa (indicare i giorni in cui è presente alla mensa e le classi che accompagna)										
Scuola													
Presenza alla mensa (indicare i giorni in cui è presente alla mensa e le classi che accompagna)													
<input type="radio"/>	operatore												
	<table border="1"> <tr> <td>Scuola</td> </tr> <tr> <td> Presenza alla mensa (indicare i giorni in cui è presente alla mensa e le classi che accompagna) </td> </tr> </table>	Scuola	Presenza alla mensa (indicare i giorni in cui è presente alla mensa e le classi che accompagna)										
Scuola													
Presenza alla mensa (indicare i giorni in cui è presente alla mensa e le classi che accompagna)													

COMUNICA

<input type="radio"/>	la richiesta di una dieta speciale
Causa	
<input type="radio"/>	a causa della seguente patologia
Patologia	
<input type="radio"/>	intolleranza alimentare
<input type="radio"/>	allergia alimentare
<input type="radio"/>	malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc...)
<input type="radio"/>	obesità, sovrappeso
<input type="radio"/>	gastrite, gastroduodenite persistente
<input type="radio"/>	chetosi transitoria
<input type="radio"/>	altra patologia <i>(specificare):</i>
allega certificato medico	
<input type="radio"/>	per motivi etici o religiosi
<input type="radio"/>	per altri motivi <i>(specificare)</i>
Descrizione degli alimenti che non può assumere	
<input type="radio"/>	la sospensione della dieta speciale precedentemente richiesta, potrà seguire il menù scolastico a partire da
Data	

Elenco degli allegati

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

<input type="checkbox"/>	certificato medico <i>(si accolgono certificati dei pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche con prescrizione dettagliata degli ingredienti da utilizzare o precisa indicazione terapeutica. Nel caso di utilizzo prodotti dietetici speciali, si prega di farlo presente nel medesimo certificato)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati <i>(specificare)</i>

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.

Malagnino

Luogo

Data

Il dichiarante