

ANNO SCOLASTICO _____

All' Istituto Comprensivo Paritario
"G. A. Farina "
Via S. Chiara , 11- 30174 VE-Mestre

RINNOVO PRIMA RICHIESTA

**RICHIESTA DIETA SPECIALE
MOTIVI ETICO/RELIGIOSI O DI SALUTE**

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) _____

Prov. _____

il _____ e residente in _____ (____) Via/piazza _____

Prov. _____

n. _____ CAP _____ tel _____ cell. _____

e-mail _____

Codice Fiscale documento(1) _____

n. _____ rilasciato il _____ dal _____

in qualità di genitore (2) del/la bambino/a _____ / _____

nome _____

cognome _____

nato/a a _____ (____) il _____ scuola _____

Prov. _____

INF – PRIM – SEC classe _____ sez _____ Via _____ I.C. _____

(barrare)

CHIEDE

la preparazione di una dieta speciale per:

motivi di salute: allegare il Modello "I" (per patologia cronica e/o transitoria) il Modello "L" (per intolleranza e/o allergia) o il certificato medico (redatto in base ai citati modelli)

motivi etico/religiosi : specificare quale.....

Il/la bambino/a è presente a mensa: tutti i giorni lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì

la reintroduzione della Dieta Libera

Allega alla presente istanza:

1 certificato medico

2 altro (specificare) _____

Il/la richiedente dichiara di essere informato/a ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 e del D.LGS. del 10/09/2018 n. 101, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene presentata, dagli Uffici dell'Istituto Comprensivo "G.A. Farina"- Via S. Chiara ,11- 30174 VE-Mestre appartenente all'Ente Suore Maestre di S. Dorotea Figlie dei Sacri Cuori, nonché dalla Società di ristorazione aggiudicataria del servizio.

Data _____

_____ **Firma leggibile del genitore o esercente la patria potestà**

1 Ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del DPR 445/2000, la presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato o da chi esercita la patria potestà, in presenza del personale dell'Ufficio o sottoscritta prima e presentata a mezzo delega, unendo alla domanda la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

2 O affidatario che esercita la patria potestà; si rammenta che la domanda è legittimamente presentata dal genitore se sottintende il comune accordo con l'altro genitore ai sensi dell'art. 316 del Codice Civile. Di contro si ravviserà dichiarazione mendace penalmente perseguibile ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

.....
Per ricevuta della richiesta della dieta speciale _____

del/della bambino/a _____

scuola _____ classe _____ sez. _____ anno scolastico _____

Data _____

_____ **Ufficio**

Modello I
Richiesta dieta speciale per motivi di salute – patologia cronica o transitoria

(da compilarsi a cura del medico curante)

Anno scolastico 20...../20.....

COGNOME E NOME.....
DATA DI NASCITA.....
RESIDENTE A
VIA
TEL. CELL.
MEDICO CURANTE
SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)
.....
.....
CLASSE..... SEZ.
GIORNI FREQUENZA tempo pieno

PATOLOGIA

.....
.....
.....
.....

TIPO DI DIETA DA SEGUIRE E/O ALIMENTI DA ELIMINARE

.....
.....
.....
.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA **DAL**.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

Modello L
Richiesta dieta speciale per motivi di salute – intolleranze e/o allergia alimentare

(da compilarsi a cura del medico curante)

Anno scolastico 20...../20.....

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE A

VIA

TEL. CELL.

MEDICO CURANTE

SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)
.....
.....

CLASSE..... SEZ.

GIORNI FREQUENZA tempo pieno

SINTOMATOLOGIA

- GASTROENTEROLOGICA specificare.....
- CUTANEA specificare.....
- RESPIRATORIA specificare.....
- ANAFILASSI specificare.....
- ALTRO specificare.....

ACCERTAMENTI ESEGUITI

- RAST PRICK ALTRI specificare (.....)

DIAGNOSI

.....
.....

ALLERGIE PARTICOLARI/ANNOTAZIONI

.....
.....

DIETA PRIVA DI

.....
.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA DAL.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE
