

Amministrazione destinataria

Comune di Casteldidone

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

**Domanda di dieta speciale****anno scolastico****/****Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario**

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

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**del minore**

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

**frequentante la scuola**

<b>Scuola</b>	
<input type="radio"/>	micronido di Rivarolo del Re ed Uniti
<input type="radio"/>	scuola dell'infanzia di Spineda
<input type="radio"/>	scuola dell'infanzia di Rivarolo del Re ed Uniti
<input type="radio"/>	scuola primaria di Rivarolo del Re ed Uniti
<input type="radio"/>	scuola secondaria di Rivarolo del Re ed Uniti
<b>Classe</b>	<b>Sezione</b>

## CHIEDE

che al proprio figlio o figlia venga preparata e somministrata specifica dieta per motivi

<input type="radio"/>	etico/religiosi
	<b>Specificare gli alimenti da non somministrare</b>
<input type="radio"/>	motivi sanitari (allergie, intolleranze, ecc.) (*)
	<b>Specificare gli alimenti da non somministrare o prescrizioni dietetiche</b>
	<b>pertanto allega copia del certificato medico</b>

(\*) nel caso si chiesta la dieta per motivazioni sanitarie, è necessario allegare certificazione medica con chiaramente indicate le prescrizioni dietetiche, terapeutiche o comportamentali. La dieta verrà comunicata, oltre che alla ditta Euroristorazione srl che gestisce il servizio mensa, anche al Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione – SIAN – dell'ATS di Mantova, Via dei Toscani 1, Mantova.

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

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

<input type="checkbox"/>	copia del certificato medico
<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)

- 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.

Casteldidone

Luogo

Data

Il dichiarante