

MODULO A1
(Da compilarsi da parte del genitore)

**RICHIESTA DI DIETA ALIMENTARE SPECIALE
PER IL SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA**

**Al Servizio Pubblica Istruzione
del Comune di SONNINO**

Il/La sottoscritto/a _____
Genitore del/l'alunno/a _____ Nato/a a _____ il _____
Residente in Via/piazza _____ Tel. _____
Che frequenta la scuola _____ per **a.s. 2020/21**

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per motivi:

- di salute
- etico - religiosi
- per tutto l'anno scolastico
- per un determinato periodo dal _____ al _____

N.B.: Nel caso di richiesta per motivi di salute, occorre allegare alla presente oltre al normale certificato medico certificato medico certificato medico anche il Modulo B (compilato sempre dal medico/pediatra/specialista) che indichi: la patologia, la dieta da seguire ed il periodo di applicazione della dieta speciale.

N.B.: Nel caso di motivi etici il regime alimentare richiesto verrà fornito compatibilmente con le esigenze lavorative del centro cottura della scuola e la fornitura dei prodotti alimentari prevista.

Il /La bambina/a è presente a mensa il: (barrare le caselle corrispondenti):

- Lunedì
- Martedì
- Mercoledì
- Giovedì
- Venerdì

Note: Sono informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e /o informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, di cui Regolamento europeo n. 679/2016 "sulla protezione dei dati personali" in vigore a far data dal 25.05.2018.

Data _____

**Firma del genitore o affidatario
che esercita la potestà genitoriale**

**Il Responsabile del Procedimento
Firma per ricevuta**

Istruzioni per la riconsegna del modulo.

La richiesta, con allegato il certificato del medico curante o pediatra ed elenco degli alimenti da escludere dalla dieta, deve essere recapitata:

- via mail a: areaamministrativa@comune.sonnino.latina.it oppure consegnata a mano presso L'Area 1 Servizi Sociali al **responsabile del procedimento sig. Zappalà Giovanni Junior o alla sig.ra Cecconi Graziella.**

MODULO A2

(Da compilarsi da parte del Pediatra di Libera Scelta)

ESEMPIO DI CERTIFICATO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____ M - F

Nato /a il _____ presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE (specificare)

 INTOLLERANZA ALIMENTARE (specificare)

 CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO (specificare)

Si richiede pertanto una dieta priva dei seguenti alimenti:

Timbro e firma del Pediatra

N.B.: Nella eventualità che la famiglia sia in possesso della certificazione rilasciata precedentemente dal Pediatra o struttura ASL può allegare copia attestante quanto dichiarato in ordine alla dieta alimentare del/la bambino/a.

Si attesta che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e/o informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, di cui Regolamento europeo n. 679/2016.

**ATTENZIONE: QUESTO MODULO SI DEVE ASSOLUTAMENTE PRESENTARE
PRIMA DELL'INIZIO DELL'ATTIVITA' DI MENSA SCOLASTICA**