

Città di Goito

Provincia di Mantova
Area servizi alla persona

SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER PATOLOGIE

Il/la sottoscritta (Nome e Cognome) _____
genitore o esercitante della potestà genitoriale de/la bambino/a _____
nato /a _____ il _____
residente in _____ Via/Strada/Piazza _____ n° _____
telefono abitazione n° _____
telefono ufficio n° _____
telefono cellulare n° _____
Indirizzo e/mail o PEC _____
che frequenta la classe _____ sez. _____ della scuola _____
_____ per l'anno scolastico _____ / _____

Il/la bambino/a in mensa è presente nei seguenti giorni:

LUNEDÌ MARTEDÌ MERCOLEDÌ GIOVEDÌ VENERDÌ

CHIEDE

La somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di: (barrare la casella interessata)

Dieta speciale per allergie, patologie o intolleranza alimentare

a tal fine si allega:

- certificato del medico curante (Pediatra / allergologo di Libera Scelta) con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Dieta speciale per altre condizioni permanenti, nello specifico diabete, celiachia, favismo, fenilchetonuria e insufficienza renale.

Se mai comunicato a tal fine si allega:

- certificazione del medico curante (Pediatra di Libera Scelta/allergologo) con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione;

N.B. se già comunicato negli anni precedenti non serve trasmettere nuovi certificati, ma compilare il presente modulo nel seguente spazio per il rinnovo della presenza in mensa:

Secondo la normativa indicata tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti.

Data _____

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale: _____

ISTRUZIONI PER LA CONSEGNA DEL MODULO

La richiesta, con allegato il certificato del medico curante ed elenco degli alimenti da escludere dalla dieta, deve essere recapitata all'ufficio Scuola del Comune di Goito nei giorni di apertura: martedì, venerdì e sabato dalle ore 9,30 alle 12,30, giovedì dalle 9.30 alle 16.30. Per informazioni rivolgersi allo 0376/683310 oppure e-mail ufficioscuola@comune.goito.mn.it.

Il genitore dichiara:

Di essere a conoscenza che la raccolta e l'utilizzo dei dati personali avvengono, ai sensi dell'art 13 del D.Lgs del 30/06/2003 n.196 (codice in materia di protezione dei dati personali) per finalità connesse con il procedimento relativo alla presente domanda.

Data _____

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale _____

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale _____