Amministrazione destinataria

Comune di Capannori

Ufficio destinatario

Scuola

Domanda per dieta sanitaria

ATTENZIONE: L'ufficio si riserva 24H di tempo per la lavorazione della pratica

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

del minore

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

iscritto alla scuola

Scuola | **Classe** | **Sezione**

Giorni mensa

- ☐ lunedì
- ☐ martedì
- ☐ mercoledì
- ☐ giovedì
- ☐ venerdì

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

CHIEDE

la preparazione del particolare regime alimentare per i seguenti motivi di salute

- ☐ intolleranza alimentare
- ☐ allergia alimentare con possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di disponibilità di andrenalina autoiniettabile
  - ○ si
  - ○ no
- ☐ malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, etc.)
- ☐ motivi sanitari temporanei (apparecchio ortodontico, intolleranze temporanee, etc.)

  Descrizione
- ☐ altra patologia

  Descrizione

COMUNICA

che l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione

- ○ può essere tollerato
- ○ non può essere tollerato

- ○ è a rischio vita per cui necessita del pasto confezionato in monoporzione
  pertanto allega modulistica relativa alla richiesta di adrenalina o dei kit salvavita
- ○ non è a rischio vita

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☑ di essere consapevole che le dichiarazioni conservano la loro validità per tutto il ciclo scolastico, salvo variazioni che dovranno essere comunicate a cura degli interessati

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)

- [ ] modulistica relativa alla richiesta di adrenalina o del kit salvavita
- [x] copia del certificato medico per allergie o intolleranze alimentari
- [ ] copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- [ ] altri allegati

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.

ATTENZIONE: L'ufficio si riserva 24H di tempo per la lavorazione della pratica

Luogo	Data	il dichiarante
Capannori		