Al Settore 3 – Servizio Pubblica Istruzione
Comune di Montegranaro
Piazza Mazzini n. 1
63812 Montegranaro (FM)

Oggetto: **RICHIESTA ATTIVAZIONE DIETA SPECIALE**

Il/La sottoscritt_ Cognome_____ Nome_____

Comune residenza: _____ Prov. _____

in via/piazza _____ n._____

Telefono _____ E-mail _____

in qualità di:

- □ diretto interessato (per personale scolastico)
- □ genitore
- □ tutore

dell'alunno/a

Cognome_____ Nome_____

Data di nascita_____ Comune di nascita_____

Comune residenza: _____ Prov. _____

in via/piazza _____ n._____

frequentante la Scuola □ INFANZIA □ PRIMARIA

denominata: _____ classe _____ sez. _____

giorni di frequenza in mensa: □ lunedì □ martedì □ mercoledì □ giovedì □ venerdì

consapevole di quanto disposto dal Regolamento del Servizio Mensa comunale;

**CHIEDE**

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata:

○ per motivi sanitari

○ per motivi religiosi, etici e ideologici
**eliminando** dalla dieta i seguenti alimenti:

- □ carne di maiale e derivati
- □ tutti i tipi di carne e derivati
- □ tutti i tipi di carne e di pesce e derivati (dieta latto ovo vegetariana)
- □ carne bovina e derivati
- □ tutti gli alimenti di origine animale e derivati (dieta vegana)

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, quanto segue:

- di sottoscrivere la presente richiesta con il consenso dell'altra persona che esercita la potestà genitoriale (dichiarazione valida solo nel caso di richiesta da per bambini);
- di essere consapevole che la richiesta di dieta speciale per motivi sanitari deve essere accompagnata da un certificato medico rilasciato da uno specialista della patologia che attesti:
  - le grammature dei singoli piatti con l'indicazione del periodo per il quale è richiesta la dieta speciale (nel caso di patologie particolari, quali ad esempio diabete, fenilchetonuria, etc.) ed eventuali ricette specifiche;
  - gli esiti di test allergologici validati da certificazione specialistica allergologica;
- di essere consapevole che, in assenza della prescritta certificazione medica, la richiesta verrà archiviata;
- di essere a conoscenza che la richiesta di dieta speciale ha validità solo per l'anno scolastico in cui viene presentata.

**<< LA PRESENTE RICHIESTA HA VALIDITÀ PER IL SOLO ANNO SCOLASTICO IN CORSO >>**

Data, _____

Firma

per presa visione e accettazione del contenuto del presente modulo

_____

DICHIARA

Altresì, di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali contenuti nella presente richiesta, sarà effettuato in conformità al Regolamento UE 679/2016 e al D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.; che eventuali ulteriori informazioni inerenti al trattamento dei dati personali sono disponibili presso l'Ufficio competente; che si potranno esercitare i diritti previsti dal citato Regolamento, rivolgendosi direttamente al "titolare del trattamento"

Data, _____

Firma

per presa visione e accettazione del contenuto del presente modulo

_____