



Comune di Signa  
(Città metropolitana di Firenze)

U.O. Pubblica Istruzione

Comune di Signa

**OGGETTO: RICHIESTA DIETA SPECIALE a.s. \_\_\_\_\_**

(Dichiarazione rilasciata ai sensi artt. 46 e 47 D.P.R 445/2000. Autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

tel. abitazione n° \_\_\_\_\_ tel. Ufficio/cellulare n° \_\_\_\_\_

**genitore di** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la scuola:  **Infanzia**  **Primaria**

nome della scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

**CHIEDE**  
**la preparazione del particolare regime alimentare**

- **per motivi di salute (dieta speciale) specificati** nel certificato medico allegato in originale e che deve essere valido per l'a.s. per cui si presenta domanda:
  - intolleranza e allergia alimentare
  - malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, etc.)
  - altra patologia (specificare): \_\_\_\_\_
  - motivi sanitari temporanei (apparecchio ortodontico, intolleranze temporanee, etc specificare): \_\_\_\_\_
  
- **per motivi culturali (dieta vegetariana) o religiosi :**
  - sostituzione di tutti i tipi di carne
  - sostituzione di tutti i tipi di carne e di pesce
  - sostituzione carne di maiale e derivati
  - sostituzione carne di rossa e derivati \* (maiale e manzo)
  - altro specificare \_\_\_\_\_

\*si informa che le carni di pollo e tacchino come certificato da AIA e AMADORI sono macellate secondo metodo Halal

*Le certificazioni per motivi sanitari hanno la validità riportata nel certificato medico allegato e comunque al massimo di un anno scolastico (intolleranze temporanee, apparecchio ortodontico, etc). Sono fatte salve le variazioni che dovranno essere comunicate a cura degli interessati. Le certificazioni relative a malattie metaboliche e le dichiarazioni su motivi culturali/religiosi conservano la loro validità per tutti i cicli scolastici, salvo variazioni che dovranno essere comunicate a cura degli interessati.*

### **Informativa ai sensi dell'art. 12 e ss Regolamento UE 679/2016**

I dati personali raccolti nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali e/o per obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali. Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati.

**Per ogni maggiore informazione circa il trattamento dei dati personali e l'esercizio dei diritti di cui agli art. 15 e ss Reg. UE 679/2016, l'interessato potrà prendere visione dell'Informativa, dei "Diritti degli interessati" e del relativo modulo, pubblicati nella home page del sito del Comune, nella "Sezione Privacy – Regolamento U.E".**

Il titolare del Trattamento è: Comune di Signa

Signa, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

( la firma deve essere apposta davanti all'impiegato addetto al ritiro o si deve allegare fotocopia del documento di identità)

#### SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

In relazione alla presente domanda attesto che:

il sottoscrittore\_ ha firmato in mia presenza la presente dichiarazione, previa ammonizione di legge sulla responsabilità penale prevista in caso di dichiarazioni mendaci

- Estremi documento di identità \_\_\_\_\_

- Persona conosciuta \_\_\_\_\_

allega il documento di identità del sottoscrittore

Signa, \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_