

Amministrazione destinataria
 Comune di Cremona
 Ufficio destinatario
 Ufficio ristorazione scolastica

Domanda di attivazione o sospensione di dieta speciale

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

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

in qualità di

genitore, tutore o affidatario del bambino/a

Cognome		Nome		Codice fiscale	
Data di nascita		Sesso (M/F)	Cittadinanza		Luogo di nascita
Scuola		Classe		Sezione	

insegnante

Scuola

Presenza alla mensa
(indicare i giorni in cui è presente alla mensa e le classi che accompagna)

operatore

Scuola

Presenza alla mensa
(indicare i giorni in cui è presente alla mensa e le classi che accompagna)

COMUNICA

<input type="radio"/>	la richiesta di una dieta speciale
Causa	
<input type="radio"/>	a causa della seguente patologia
Patologia	
<input type="radio"/>	intolleranza alimentare
<input type="radio"/>	allergia alimentare
<input type="radio"/>	malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc...)
<input type="radio"/>	obesità, sovrappeso
<input type="radio"/>	gastrite, gastroduodenite persistente
<input type="radio"/>	chetosi transitoria
<input type="radio"/>	altra patologia <i>(specificare)</i> :
allega certificato medico	
<input type="radio"/>	per motivi etici o religiosi
<input type="radio"/>	per altri motivi <i>(specificare)</i>
Descrizione degli alimenti che non può assumere	
<input type="radio"/>	la sospensione della dieta speciale precedentemente richiesta, potrà seguire il menù scolastico a partire da
Data	
<input type="radio"/>	la richiesta dell'applicazione del "menù a scelta" a partire da
Data	

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	certificato medico <i>(si raccolgono certificati dei pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche con prescrizione dettagliata degli ingredienti da utilizzare o precisa indicazione terapeutica. Nel caso di utilizzo prodotti dietetici speciali, si prega di farlo presente nel medesimo certificato)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati <i>(specificare)</i>

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.

Cremona		
Luogo	Data	il dichiarante