

**Amministrazione destinataria**

Comune di Altopascio

**Ufficio destinatario**

Ufficio Servizi Educativi e Scuola

**Domanda di dieta speciale per il servizio di ristorazione scolastica***anno scolastico*

/

**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				

**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

**del bambino**

Cognome		Nome		Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza		

**Scuola frequentata**

<input type="radio"/>	frequentante lo spazio gioco / attività presso		
	Specificare spazio gioco / attività		
<input type="radio"/>	frequentante il nido d'infanzia		
	Specificare nido d'infanzia		
<input type="radio"/>	frequentante la scuola dell'infanzia		
	Specificare scuola dell'infanzia		
<input type="radio"/>	frequentante la scuola primaria		
	Specificare scuola primaria	Specificare classe	Specificare sezione
<input type="radio"/>	frequentante la scuola secondaria di 1° grado		
	Specificare scuola secondaria di 1° grado	Specificare classe	Specificare sezione

## CHIEDE

che venga somministrata la seguente dieta

- |                       |                                     |
|-----------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> | dieta speciale per motivi di salute |
| <input type="radio"/> | dieta vegetariana                   |
| <input type="radio"/> | dieta speciale per motivi religiosi |

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)*

- certificazione medica indicante la patologia, gli alimenti da escludere e la durata in caso di motivi di salute o autocertificazione in caso di motivi etico-religiosi
- 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.

Altopascio

Luogo

Data

il dichiarante