

Al Dirigente Scolastico del 2° CD San G.  
Bosco Terlizzi

OGGETTO: Dichiarazione allergie ed intolleranze alimentari. Il/La sottoscritto/a

<i>Cognome</i>		<i>Nome</i>	<i>Sesso</i>	
			M	F
<i>Data di nascita</i>		<i>Luogo di nascita</i>		
<i>Indirizzo residenza</i>		<i>Città di residenza</i>		
<i>Telefono abitazione</i>	<i>Telefono cellulare</i>	<i>Indirizzo E-mail</i>		

in qualità di (barrare la casella del caso):  genitore

dell'utente del servizio di refezione scolastica di seguito indicato:

<i>Cognome</i>		<i>Nome</i>	<i>Sesso</i>	
			M	F
<i>Data di nascita</i>		<i>Luogo di nascita</i>		
<i>Scuola frequentata</i>				
Classe _____				
<input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia di _____				
<input type="checkbox"/> Scuola Primaria di _____				

previamente informato/a e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché dei controlli che potranno essere svolti ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, **SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'**

**DICHIARA**

che il proprio figlio, per motivi etici o religiosi, non può assumere i seguenti alimenti:

che il proprio figlio è affetto da:

Intolleranza alimentare

Allergia alimentare

Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)



\_\_\_\_\_

così come risulta dal *certificato medico allegato alla presente* e rilasciato recentemente dai Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali e/o sensibili forniti con la presente richiesta saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Le informazioni fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad altri soggetti qualora ciò si renda necessario ai fini dell'elaborazione e della somministrazione della dieta speciale. Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Ostra. Con la firma apposta in calce alla presente, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte.

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

.....