IL RICHIEDENTE⁽¹⁾

_____ cognome, nome

nato a _____ il _____ e residente a⁽²⁾ _____

in via/piazza _____ n° _____ cap _____ tel. _____

indirizzo email _____

CODICE FISCALE

in qualità di ⁽³⁾ _____ dell'alunno sottoindicato

CHIEDE

di usufruire per il proprio figlio/per se in quanto Docente fruitore del servizio di refezione scolastica nell'a.s. 2020/2021

- alunno**
 docente

_____ nato a _____

_____ cognome, nome

il _____ codice fiscale

e residente a⁽⁴⁾ _____ in via/piazza _____

n° _____ cap. _____ tel. _____

iscritto per l'anno scolastico 2020/2021 **alla classe** _____ **sez.** _____
dell'Istituto Comprensivo "Cornelio de Simoni" di Gavi (**barrare la casella che interessa**)

SCUOLA PRIMARIA

SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

A tal fine fornisce le seguenti dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i..

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i..

Il sottoscritto dichiara inoltre la propria disponibilità a fornire idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n.445 del 2000;

Pag. 1 (segue) >>>>

La produzione di dieta speciale e permanente per :

intolleranza alimentare (precisare alimento/i che generano intolleranza)

allergia alimentare (precisare alimento/i che generano allergia)

malattia metabolica (specificare malattia : es. diabete, ecc.)

altra patologia (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc. Definire la tipologia di dieta richiesta)

motivazione etico-religiosa (specificare il tipo/i di carne da non somministrare : es. maiale, bovino, tutti i tipi di carne, ecc.)

Dichiara inoltre :

che la dieta richiesta è da considerarsi **"a rischio vita"**, cioè il cui non rispetto è a rischio vita o è causa di gravi effetti per la salute, ad esempio shock anafilattico ecc.

che la dieta richiesta è da considerarsi **"NON a rischio vita"**, cioè il cui non rispetto NON è a rischio vita.

Si allega certificato medico. N.B. Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche; i certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati. Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta speciale, non vengono accettate modifiche della dieta comunicate verbalmente o sottoscritte in forma di autodichiarazione, né da parte degli insegnanti, né da parte dei genitori, ma solo a seguito di autocertificazione scritta del genitore in attesa del certificato medico. Per le sospensioni della dieta è necessario il certificato medico o in mancanza una autodichiarazione scritta del genitore. La richiesta di produzione della dieta ha valore per l'A.S. 2020/2021.

Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ASL.

Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.

Si allega copia della carta di identità.

Trattamento dati personali – Informativa ai sensi D.lgs 196/2003 e s.m.i. e Regolamento UE n. 2016/679.

Ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento generale per la protezione dei dati personali di cui al Regolamento UE n. 2016/679 si rende noto che i dati personali forniti saranno raccolti dal Comune di Gavi per le necessità connesse al procedimento amministrativo avviato e saranno trattati anche con l'ausilio di mezzi automatizzati.

Il mancato conferimento dei dati comporta l'esito sfavorevole del procedimento

I medesimi dati personali potranno essere comunicati unicamente ad altre Amministrazioni Pubbliche interessate al procedimento.

Titolare del trattamento è il Comune di Gavi, con sede in Gavi (AL) - Via G. Mameli n. 44 - Tel. 0143 645091 - indirizzo PEC: segreteria@pec.comunegavi.it - DPO Responsabile della Protezione dei Dati : Frascotti Lorenzo.

Il/La sottoscritto/a, alla luce delle disposizioni del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del Regolamento generale per la protezione dei dati personali di cui al Regolamento UE n. 2016/679, dichiara di accettare la presente informativa sulla privacy, e di prestare il proprio univoco e incondizionato consenso al trattamento di tutti i dati personali esclusivamente necessari all'espletamento del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Prende atto che il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità del procedimento, nel rispetto della vigente normativa.

Luogo e data _____

FIRMA ⁽⁶⁾ _____