

OGGETTO: Dichiarazione allergie ed intolleranze alimentari

Il/La sottoscritto/a

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

in qualità di (barrare la casella del caso): ☐ genitore ☐ _____
dell'utente del servizio di refezione scolastica di seguito indicato:

Cognome		Nome	Sesso
			M F
Data di nascita		Luogo di nascita	
Scuola frequentata			
Classe _____			
☐ Scuola dell'Infanzia di _____			
☐ Scuola Primaria di _____			
☐ Scuola Secondaria di 1° grado 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