

Richiesta diete speciali per l'a.s.
(per alunni frequentanti le scuole dell'Infanzia Comunali e gli Asili nido)

Alla Dirigente del Settore Politiche Educative
del Comune di Mantova

Il sottoscritto.....
abitante in via.....
citta' tel.....
genitore di
frequentante nell'a.s. la scuola.....
classe sezione

FA PRESENTE CHE IL PROPRIO FIGLIO NECESSITA PER L'A.S. DI DIETA SPECIALE PERCHE' AFFETTO DA:

intolleranza alimentare a (specificare alimento/i)

allergia alimentare a (specificare alimento/i)

malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo etc) (specificare)

altro.....

Al fine di aiutare a garantire, nell'ambito di una corretta gestione della dieta di tutti, il massimo e assoluto presidio per le situazioni più gravi, dichiaro, nella mia qualità di genitore e allo stato delle mie conoscenze attuali, che la dieta richiesta per mio figlio:

è da considerare “per la vita”, nel senso che mio figlio è a rischio di shock anafilattico, ricovero ospedaliero o altri gravi conseguenze

ha natura sanitaria, ma non è a rischio vita

IL sottoscritto allega certificato medico in originale (N.B. si accolgono certificati di pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche) e dichiara di sapere che, per sospendere o variare la dieta speciale durante l'anno scolastico, dovrà far pervenire un nuovo certificato medico. La richiesta ha valore ANNUALE.

Il sottoscritto rimane in attesa di ricevere una comunicazione che indicherà la data dalla quale la dieta speciale sarà consumabile a scuola. E' consapevole che la fornitura ha natura provvisoria, in attesa di approvazione dell'ASL.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n° 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”: i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra, si riferisce.

Mantova,

Firma.....