Allegato I

**Al Comune di Tricase**
**Settore Servizi Socio Assistenziali**
**pec: protocollo.comune.tricase@pec.rupar.puglia.it**

**Oggetto : SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA - RICHIESTA DI DIETA SPECIALE**

Il/la sottoscritto/a_____ nato/a a _____

il _____ (C.F.:_____)

e_mail_____ cell_____ In qualità

di_____ (esercente la potestà genitoriale) del minore

_____ nato/a a

_____ il _____/_____/_____ frequentante la classe

_____ sez. _____ della scuola (denominazione) _____

_____ plesso _____via _____

**RICHIEDE**

La **DIETA SPECIALE PER:**

- **MOTIVI SANITARI** – **allega a tal fine CERTIFICATO MEDICO** rilasciato dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN attestante l'allergia/intolleranza (precisando se da considerare a rischio vita o non a rischio vita ), la tipologia di dieta richiesta e gli alimenti ammessi o da escludere e la durata del certificato. **Certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati.**

- **MOTIVI ETICO-CULTURALI-RELIGIOSI- allega a tal fine AUTOCERTIFICAZIONE** redatta dall'esercente la potestà genitoriale del minore con indicata la tipologia di dieta richiesta e la durata della stessa ;

**DICHIARA**

Di essere consapevole che la documentazione incompleta e/o che non rispetti i parametri descritti, comporta una dilazione dei tempi ed una richiesta di integrazione che potrebbe determinare un ritardo nella predisposizione e validazione della relativa dieta e, **conseguentemente**, un ritardo nella erogazione del servizio.

Di Autorizzare il trattamento dati, nel rispetto della vigente normativa, ai fini del servizio richiesto

Data_____

Firma

_____