

	Amministrazione destinataria Comune di Capriate San Gervasio	
	Ufficio destinatario Ufficio istruzione	

**Domanda di attivazione di dieta speciale per motivi medici per il servizio di mensa scolastica**  
**anno scolastico        /**

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario										
Cognome			Nome				Codice Fiscale			
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
Residenza										
Provincia	Comune			Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

dell'alunno										
Cognome			Nome				Codice Fiscale			
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
Residenza										
Provincia	Comune			Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno

iscritto alla scuola	
Scuola	
<input type="radio"/>	scuola primaria "Dante Alighieri" di via Bustigatti (Capriate)
<input type="radio"/>	scuola primaria "Alessandro Manzoni" di piazza Pio XII (San Gervasio)
Classe	Sezione (da compilare solamente se la si conosce)

**CHIEDE**

l'attivazione di una dieta speciale per motivi medici per il servizio di mensa scolastica per il quale ho già presentato domanda di iscrizione.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- di allegare alla presente domanda il certificato medico che riporta esattamente gli alimenti che non può mangiare
- che il certificato medico presentato lo scorso anno scolastico è tuttora valido non essendo mutata la situazione clinica

**DICHIARA INOLTRE**

- di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

**Eventuali annotazioni****Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input type="checkbox"/>	copia del certificato medico
<input type="checkbox"/>	documento di identità del richiedente <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Capriate San Gervasio		
<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>