

DA INVIARE COMPILATA ESCLUSIVAMENTE TRAMITE MAIL AD UNO SEGUENTI INDIRIZZI:

comune.montemignaio@postacert.toscana.it

montemignaio@casentino.toscana.it

Al Comune di MONTEMIGNAIO

Ufficio servizi scolastici

RICHIESTA VARIAZIONE DIETA MENSA SCOLASTICA

DATI ANAGRAFICI GENITORE

Il/la sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

in via/piazza _____ n. _____

telefono _____ cellulare _____

e-mail _____

IN QUALITÀ DI:

Genitore

Tutore con disposizione del Tribunale di _____

N. _____ del _____

DATI ANAGRAFICI DEL BAMBINO/A PER IL QUALE SI CHIEDE LA DIETA SPECIALE

Cognome e nome _____

Nato/a a _____ il _____

Frequentante per l'anno scolastico _____ classe _____

Scuola dell'infanzia

Scuola Primaria

RICHIEDE

<input type="checkbox"/>	<p>Una dieta speciale per patologia: <u>allegare alla presente domanda certificato medico in busta chiusa con indicazione obbligatoria della patologia</u>, indispensabile per il rilascio della dieta speciale.</p> <p>-ALLERGIE ALIMENTARI E INTOLLERANZE ALIMENTARI Nel caso in cui non sia terminato il percorso diagnostico il pediatra o il medico generico del SSN dovrà predisporre una certificazione provvisoria, valida per il tempo necessario formalmente dichiarato dalla struttura specialistica, entro il quale il soggetto interessato avrà completato gli accertamenti.</p> <p>-PATOLOGIE CRONICHE (favismo, celiachia, diabete, nefropatia e altre condizioni cliniche organiche)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Una dieta speciale per motivi religiosi /etici Nel caso di motivi etici che esigano escludere più di due tipologie di alimenti, è richiesta certificazione con approvazione medica del pediatra di base</p>

A tal fine, consapevole che chi rilascia una dichiarazione falsa, anche in parte, perde i benefici eventualmente conseguiti e subisce sanzioni penali ¹ai sensi dell'artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445

DICHIARA

DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA SOLO SE VIENE RICHIESTA LA DIETA PER MOTIVI RELIGIOSI /ETICI	
Che l'intestatario dieta per motivi religiosi/etici non può mangiare i seguenti alimenti:	
<input type="checkbox"/>	tutti i tipi di carne
<input type="checkbox"/>	solo carne di maiale/salumi
<input type="checkbox"/>	solo carne bovina
<input type="checkbox"/>	pesce/crostacei

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA

DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE – LEGGERE ATTENTAMENTE

- a) Che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato, ed incorre nelle sanzioni penali previste dall'art. 76 (pene a carattere detentivo anche fino a 5 anni e multe);
- b) Che sui dati dichiarati potranno essere effettuati, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000, controlli finalizzati ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- c) Che è fatto obbligo al sottoscrittore della domanda di comunicare per iscritto, alla data della variazione, ogni modifica intervenuta ai requisiti dichiarati.

ALLEGATI DA PRESENTARE UNITAMENTE ALLA DOMANDA

- Copia fotostatica del documento d'identità del firmatario
[da presentare qualora la firma dell'intestatario non venga apposta alla presenza dell'addetto incaricato a ricevere la pratica]
- Certificato medico in originale del Pediatra o medico di base o del Centro di cura, con **l'indicazione della patologia** e degli alimenti che non possono essere somministrati e/o che devono essere assunti [Solo per dieta speciale per patologia]
-

Data _____

Firma _____