

	RICHIESTA VARIAZIONE DIETA PER INTOLLERANZE, ALLERGIE ALIMENTARI, PATOLOGIE VARIE O MOTIVI ETICO-RELIGIOSI	Rev. 05/2022
		Pagina 1 di 2

Spett.le CAMST per il tramite del **Comune di RUBANO PD**
rubano.pd@cert.ip-veneto.net

Il sottoscritto richiedente	
Codice fiscale del richiedente	
Recapiti telefonici	
E-Mail	@
PEC posta certificata	@

Scrivere in stampatello (anche gli indirizzi mail)

GENITORE / TUTORE di :

Dati dello studente

NOME			
COGNOME			
Nato a		Nato il	
Scuola	<input type="checkbox"/> dell'Infanzia Mary Poppins <input type="checkbox"/> primaria Agazzi <input type="checkbox"/> primaria Da Vinci <input type="checkbox"/> primaria Pascoli	<input type="checkbox"/> Secondaria di 1grado CENTRALE <input type="checkbox"/> Secondaria di 1grado SUCCURSALE	
Classe e sezione			

chiede la seguente dieta speciale per la Refezione scolastica:

Richiesta:	
-------------------	--

dichiara:

di aver preso visione e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali comunicati, rese, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Ue 2016/679, in calce al presente modulo di autocertificazione.

Si ricorda che:

- i motivi di intolleranza o allergia alimentare o patologie particolari, sono da documentare obbligatoriamente ogni anno scolastico con **certificazione medica obbligatoria** perché, ai sensi del DPR 445/2000, la situazione non è auto-certificabile.

- se lo studente è affetto da condizioni permanenti (celiachia, favismo ed altro) la prima richiesta sarà valida per tutto il percorso scolastico del bambino (il genitore/affidatario potrà munirsi di fotocopia del primo certificato medico da presentare qualora venga richiesto).
- **i motivi etico-religiosi sono auto-certificabili.**

I dati personali raccolti con la presente domanda verranno trattati dal Comune di Rubano nel rispetto dei principi del Regolamento Ue n. 2016/679 e del d. lgs. n. 196 del 2003, come successivamente modificato, nonché secondo le modalità, finalità e limiti indicati nel documento informativo rilasciato al momento della consegna del presente modulo e/o visibile al seguente [link](#).

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni relative al trattamento dei suoi dati personali, rese ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento, e autorizza il trattamento di categorie particolari di dati ai sensi dell'art. 9 del Regolamento.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Data, _____



- Firme apposte in presenza dell'operatore addetto
- Firmata e inviata unitamente alla fotocopia di un documento d'identità valido

VISTO DEL FUNZIONARIO RICEVENTE

Data, _____

NOTE

La domanda deve essere **scansionata in formato PDF e inviata per MAIL, PEC, posta ordinaria, fax**, oppure consegnata già compilata al Protocollo del Comune di Rubano.

Per SPEDIRE: via mail o pec: rubano.pd@cert.ip-veneto.net
via fax: 049 87 39 245
via posta ordinaria: via Rossi, 11 – 35030 Rubano PD

ALLEGANDO certificato medico se necessario e documento di identità valido

Per consegna a mano presso il Protocollo del Comune: [info su www.rubano.it](http://info.su.www.rubano.it)