



Amministrazione destinataria

Comune di Lissone

Ufficio destinatario

Unità servizi educativi e politiche
giovanili

Domanda di attivazione o sospensione di dieta speciale

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala
					SNC ☐
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

in qualità di

Ruolo

☐	genitore o tutore del minore			
	Cognome	Nome		Codice Fiscale
	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza	Luogo di nascita
☐	operatore scolastico/insegnante			
	Scuola	Classe		Sezione

CHIEDE

la somministrazione di una dieta speciale

per il periodo

Data di inizio dieta

Fine dieta	
☐	tutto l'anno scolastico
☐	fino alla data
	Data di fine dieta

a causa

Causa

☐	di esigenze di salute, pertanto
	allega il certificato medico
☐	di motivi etico-religiosi
	Tipo di dieta
☐	no carne di maiale
☐	no carne
☐	no carne di bovino
☐	dieta vegetariana (no carne e pesce)
☐	dieta vegana (no carne, pesce, latte, uova e derivati)

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati**

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

☐	copia del certificato medico
☐	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
☐	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)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Lissone

Luogo**Data****Il dichiarante**