



## Amministrazione destinataria

Comune di Molinella

Ufficio destinatario

## Domanda di dieta speciale

### Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

|                    |        |                |                  |                             |                |                               |       |       |                          |     |
|--------------------|--------|----------------|------------------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome            |        | Nome           |                  |                             | Codice Fiscale |                               |       |       |                          |     |
|                    |        |                |                  |                             |                |                               |       |       |                          |     |
| Data di nascita    |        | Sesso          | Luogo di nascita |                             | Cittadinanza   |                               |       |       |                          |     |
|                    |        |                |                  |                             |                |                               |       |       |                          |     |
| Residenza          |        |                |                  |                             |                |                               |       |       |                          |     |
| Provincia          | Comune | Indirizzo      |                  | Civico                      | Barrato        | Interno                       | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
|                    |        |                |                  |                             |                |                               |       |       | <input type="checkbox"/> |     |
| Telefono cellulare |        | Telefono fisso |                  | Posta elettronica ordinaria |                | Posta elettronica certificata |       |       |                          |     |
|                    |        |                |                  |                             |                |                               |       |       |                          |     |

### del minore

|                 |        |           |                  |        |                |         |       |       |                          |     |
|-----------------|--------|-----------|------------------|--------|----------------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome         |        | Nome      |                  |        | Codice Fiscale |         |       |       |                          |     |
|                 |        |           |                  |        |                |         |       |       |                          |     |
| Data di nascita |        | Sesso     | Luogo di nascita |        | Cittadinanza   |         |       |       |                          |     |
|                 |        |           |                  |        |                |         |       |       |                          |     |
| Residenza       |        |           |                  |        |                |         |       |       |                          |     |
| Provincia       | Comune | Indirizzo |                  | Civico | Barrato        | Interno | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
|                 |        |           |                  |        |                |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

|  |
|--|
|  |
|--|

## CHIEDE

che venga somministrata la seguente dieta

per motivi di salute

- allergia
- intolleranza
- dieta ad esclusione per protocollo diagnostico
- dieta leggera (durata superiore ai tre giorni)
- celiachia
- obesità
- diabete
- favismo
- fenilchetonuria
- altro (*specificare*)

**pertanto allega copia del certificato medico**

per motivi etico-religiosi valida per l'intero ciclo

**Prodotti consentiti**

- pollo
- tacchino
- pesce
- uova
- formaggio
- altro (*specificare*)

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)**

### 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 di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### 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.

Molinella

Luogo

Data

il dichiarante