



# COMUNE DI FORMIGARA

PROVINCIA DI CREMONA

Piazza Europa, 11 - 26020 FORMIGARA - Tel. 0374 78022 - 78122 - Fax 0374 378515  
PEC: comune.formigara@pec.regione.lombardia.it email: comune.formigara@libero.it

## SCUOLA DELL'INFANZIA "ARCOBALENO"

### MODULO ISCRIZIONE MENSA ANNO 2024/2025

Cognome e nome ALUNNO/A \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cellulare genitore \_\_\_\_\_

cognome e nome MADRE \_\_\_\_\_ PADRE \_\_\_\_\_

Codice fiscale Genitori \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**SCUOLA dell'Infanzia "Arcobaleno" di Via Roma N. 18**

#### **PREMESSO CHE:**

- *l presente modulo, debitamente sottoscritto dal/dai genitore/i dell'alunno indicato in epigrafe, richiedono l'erogazione del servizio mensa per l'anno scolastico 2024/2025;*
- *la presente sottoscrizione è finalizzata all'iscrizione dell'alunno al servizio ed eventuale segnalazione se lo stesso necessita di particolari diete per motivi connessi a patologie o credi religiosi;*
- *la mancata indicazione della necessaria predisposizione di una dieta speciale solleva la stessa amministrazione e/o dipendenti dalle conseguenze che ne potessero derivare dalla somministrazione della dieta standard;*
- *i genitori sono stati debitamente informati sulle modalità di erogazione del servizio e sui costi dello stesso;*

*si dichiara quanto segue:*

L'UTENTE VIENE ISCRITTO AL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA  SI  NO

L'UTENTE NECESSITA DI DIETA SPECIALE  SI  NO  
(in caso si sia barrata la casella SI, compilare il modulo allegato)

FORMIGARA, Li

FIRMA (GENITORE/I)

**N.B. Ai fini della validità e perfezionamento dell'iscrizione, il presente modulo deve essere compilato, firmato e consegnato c/o il Municipio entro il 28/08/2024.**

**Oggetto: Richiesta predisposizione Dieta Speciale**

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante per l'anno scolastico 2024/2025 la scuola materna di Formigara. n. giorni di frequenza settimanale della mensa scolastica: \_\_\_\_\_

**1) Fa presente che il proprio figlio è affetto da:**

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
- Obesità - sovrappeso
- Gastrite, gastroduodenite persistente
- Chetosi transitoria

**Allo scopo allega certificato medico recente in busta chiusa**

Il certificato medico deve essere recentemente rilasciato dai Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia e prescrizione dettagliata degli alimenti / ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di necessità di utilizzo di prodotti dietetici speciali è necessario farlo presente nel medesimo certificato.

**2) Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a prende atto che, in riferimento al Reg. Ue 2016/679 (GDPR), i dati personali e/o sensibili forniti nel presente modulo e/o i documenti allegati saranno oggetto di trattamento ai soli fini della elaborazione della dieta speciale e dell'adattamento della tabella dietetica del centro cottura .

La dieta speciale sarà spedita al centro cottura ed avrà validità corrispondente a quella del menù.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini di predisporre la dieta speciale o la dieta blanda.

Il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso non consentirà di predisporre a Suo figlio/a la dieta.

I dati saranno utilizzati per finalità di carattere istituzionale e non saranno oggetto di diffusione.

Il titolare del trattamento è il Comune di Formigara, con sede in Formigara, Piazza Europa, 11 26020 Formigara (CR).

In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi dell'art.13 del Reg. Ue 2016/679.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_