|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Istituto Comprensivo “G.Pascoli” di Vallata (Av)** | **Modulistica GENITORI**  | **Mod. 03** |

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo “G.Pascoli”
VALLATA (AV)

**Oggetto**: **Allergie / intolleranze alimentari / diete speciali**

Infanzia Primaria Secondaria primo grado**.**

Il/la sottoscritto/a ................................................................ nato/a a ......................................................... il ................................

residente nel Comune di ................................................................ in via ....................................................................................

Il/la sottoscritto/a .............................................................. nato/a a ......................................................... il .................................

residente nel Comune di ................................................................ in via ....................................................................................

ai sensi dell’art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, **dichiarano**

* di essere genitori dell’alunno/a e di convivere con lo/la stesso/a all’indirizzo su indicato.
* di esercitare la potestà genitoriale dell’alunno/a e di convivere con lo/la stesso/a all’indirizzo su indicato.

Alunno/a .....................................................................................................................................……………………............……..

classe ……..…sez….… Scuola Secondaria di 1°grado di ………………………………………….…………………………………

**CHIEDONO**

 **□ Dieta speciale per motivi religiosi**

Dichiarano che il/la proprio/a figlio/a per motivi religiosi non può assumere:

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

 **□ Dieta speciale per motivi di salute**

Dichiarano che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da:

□ Intolleranza alimentare

 (si allega certificato medico in originale, in busta chiusa, con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere)

□ Allergia alimentare

(si allega certificato medico in originale, in busta chiusa, con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere)

□ Malattia metabolica (celiachia, diabete, favismo, altro ……………………………………………..…)

(si allega certificato medico in originale, in busta chiusa, con diagnosi ed eventuale elenco degli alimenti da escludere)

□ Altro ( ………………………………………………………………………………………)

(si allega certificato medico in originale, in busta chiusa, con diagnosi ed eventuale elenco degli alimenti da escludere)

 Fanno presente, inoltre, che il/la proprio/a figlio/a è esposto/a a shock anafilattico □ SI □ NO

**Si allega certificato medico in originale** (\*)

**La Presente rimane valida fino a nuove comunicazioni**.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data…………………………. (Firma di entrambi ii genitori)

 ..……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………….............

 **(\*) Si accettano certificati del medico curante e/o di specialisti in allergologia o malattie metaboliche; nel caso si utilizzino prodotti dietetici speciali si prega di farlo prescrivere nel medesimo certificato.**

**I sottoscritti dichiarano altresì** di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e del e Regolamento UE 2016/679), che i dati personali e/o sensibili forniti con la presente richiesta saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Le informazioni fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad altri soggetti qualora ciò si renda necessario ai fini dell’elaborazione e della somministrazione della dieta speciale. Con la firma apposta in calce alla presente, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte.

**Dichiarano, i**noltre, di essere consapevoli delle sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché dei controlli che potranno essere svolti ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere come previsto dall’art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

 (Firma di entrambi ii genitori)

..……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………….............