



Richiesta di dieta per motivi sanitari

ANNO SCOLASTICO 20__ /20__

scuola/scuola dell'infanzia/asilo nido frequentato _____

DATI RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____ in qualità di:

- Esercente la responsabilità genitoriale
- Tutore, tutrice o affidatario/a (decreto _____ n. _____ di data _____)
- Diretto/a interessato/a (per personale scolastico e/o presso le scuole dell'infanzia)

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____ Nazione _____

Residente nel Comune di _____ Provincia _____ via _____ n. _____

E-mail _____ cell.n. _____ PEC _____

CHIEDE

L'applicazione di una dieta per patologia come da certificato medico allegato in originale, recante l'**ESPRESSA** indicazione della patologia.

La somministrazione provvisoria di una dieta alimentare, a seconda della malattia indicata nel certificato medico finché non venga effettuata una diagnosi definitiva. (Il certificato medico deve obbligatoriamente accompagnare la domanda in originale)

Nel periodo dal _____ al _____.

Se la diagnosi sospettata verrà confermata, convaliderò la fornitura permanente della dieta prescritta.

DATI DEL FRUITORE DELLA DIETA SPECIALE

Nome e Cognome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____ Nazione _____

Scuola/Scuola dell'infanzia frequentata _____ classe/Sezione _____

Pan-Code (se già stato assegnato) _____



ALLEGATI OBBLIGATORI

- Certificato medico in originale del pediatra di libera scelta (PLS di base), del medico di medicina generale (MMG) o dei medici dei servizi di allergologia ospedaliera o medici del servizio dietetico nutrizionale.
- Fotocopia del proprio documento di identità o di documento di riconoscimento equipollente ai sensi dell'art.35 del d.p.r.nr 445/2000 e ss.mm.ii, se l'istanza non viene presentata personalmente all'Ufficio comunale competente.

DICHIARA

Dichiaro di ricevere le informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi degli art. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, esclusivamente nell'ambito del procedimento per la quale la presente dichiarazione viene resa. Le predette informazioni sul trattamento dei dati personali sono reperibili al seguente link: <http://www.comune.merano.bz.it/Amministrazione/Web/Privacy> e sono consultabili nei locali del municipio.

Luogo e data di presentazione

Firma di un genitore o di un/a tutore/tutrice o dell'affidatario/a o del/della richiedente se maggiorenne (**)

AVVERTENZE

L'applicazione per l'utilizzo di una dieta individuale per motivi di salute deve essere personalmente presentata entro e non oltre il 15 giugno in busta chiusa presso l'Ufficio - Servizi ausiliari nell'ambito prescolastico e scolastico (stanza n. 132); in questo modo la fornitura della dieta individuale, partirà dal primo giorno di scuola e/o della scuola dell'infanzia.

Se la richiesta della dieta personalizzata verrà consegnata dopo l'inizio dell'anno scolastico, l'Azienda Sanitaria Locale rilascerà la dieta personalizzata al più tardi entro 10 giorni di scuola. La dieta alimentare verrà mantenuta fino alla fine dell'anno scolastico, con l'eccezione della dieta alimentare temporanea.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE

Presso l'Ufficio Servizi ausiliari nell'ambito prescolastico e scolastico (stanza n. 132)
via Portici 192 – I° Piano – Stanza 132

Orario al pubblico: Da lunedì a mercoledì e venerdì 8.30 - 12.00 giovedì 8.30 – 13.00 14.00 – 17.30



PROCURA SPECIALE

(articolo 38, comma 3 bis D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.)

TUTORE LEGALE

Il/La sottoscritto/a

(nome e cognome)			
nato/a a		il	
residente a		via	
Steuer-Nr.			

NOMINA E COSTITUISCE IL SUO PROCURATORE SPECIALE:

(nome e cognome)			
nato/a a		il	
residente a		via	
Steuer-Nr.			

PER L'ESECUZIONE DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ PRESSO IL COMUNE DI MERANO:

RISTORAZIONE SCOLASTICA PRESENTAZIONE	DESCRIZIONE
Di Istanza	Applicazione di dieta personalizzata a favore di _____



STADTGEMEINDE MERAN
COMUNE DI MERANO

Abteilung 5 – Bildung, Kultur und Sozialwesen
Amt für Bildung und Schulen

Ripartizione 5 – Istruzione, cultura e servizi sociali
Ufficio istruzione e scuole

Luogo e data di presentazione

Firma di un genitore o di un/a tutore/tutrice o dell'affidatario/a o
del/della richiedente se maggiorenne (**)

Allega copia fotostatica della propria carta d'identità o di altro documento di riconoscimento equipollente ai sensi del
art. 35 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e ss.mm.



Dichiarazione di ricevimento

Con la presente il richiedente / tutore/tutrice o affidatario/a, dichiara la veridicità e completezza degli allegati presentati per il rilascio della dieta personalizzata per motivi di salute per _____ (nome e cognome del fruitore della dieta speciale) nell'anno scolastico 20 __/20 __.

Data _____

Firma del/la incaricato/a