



# COMUNE di FARA OLIVANA CON SOLA

Cap. 24058 Provincia di Bergamo Tel.(0363) 93.130 Fax (0363) 938.674

Via Umberto I n. 9 e-mail: [prot@comune.faraolivanaconsola.bg.it](mailto:prot@comune.faraolivanaconsola.bg.it)

## SERVIZIO MENSA SCOLASTICA

Oggetto: richiesta Servizio di Ristorazione Scolastica. Anno scolastico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### DATI DEL GENITORE PAGANTE (colui/lei che effettuerà la detrazione dalla dichiarazione dei redditi)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ pr.(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_\_)

Codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

(scrivere la mail in stampatello maiuscolo es. PAOLO.ROSSI@LIBERO.IT)

### DATI DELL'ALUNNO

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Pr(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Figlio di \_\_\_\_\_ e di \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Pr(\_\_\_\_\_)

Indirizzo \_\_\_\_\_

Sesso dell'alunno/a M [ ] F [ ] frequenterà la classe \_\_\_\_\_

## CHIEDE

Che il figlio possa usufruire del Servizio di Ristorazione Scolastica fino al termine del ciclo scolastico che frequenterà l'anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dichiara di conoscere ed accettare il Regolamento del Servizio di Ristorazione Scolastica.

## DICHIARA INOLTRE

Ai sensi della Legge 196/2003 e s.m.i., di prestare il proprio consenso al trattamento, da parte del Comune di Fara Olivana con Sola, dei dati personali c.d. sensibili, da utilizzare in relazione al servizio richiesto con la presente domanda.

Fara Olivana con Sola, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

**N.B. allegare copia del documento di identità del dichiarante (carta identità- CIE- passaporto)**

### **Modalità di consegna dei documenti:**

si raccomanda di compilare la modulistica accuratamente e di riconsegnare la stessa mediante:

invio per mail all'indirizzo: [prot@comune.faraolivanaconsola.bg.it](mailto:prot@comune.faraolivanaconsola.bg.it)

consegna a mano presso gli uffici (con giorno ed orario da concordare telefonicamente allo 0363/93130).

imbucandola nella cassetta della posta del Municipio (feritoia posta sul portone d'ingresso) in qualsiasi giorno ed orario.



# COMUNE di FARA OLIVANA CON SOLA

Cap. 24058 Provincia di Bergamo Tel.(0363) 93.130 Fax (0363) 938.674  
Via Umberto I n. 9 e-mail: [prot@comune.faraolivanaconsola.bg.it](mailto:prot@comune.faraolivanaconsola.bg.it)

## Richiesta di Dieta Speciale

Anno scolastico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_ abitante  
in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ tel. Abitazione: \_\_\_\_\_ tel.  
Ufficio/Cellulare: \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.  
(nome della scuola) \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

La preparazione del particolare regime alimentare indicato nel certificato medico allegato in originale per:

- Intolleranza e allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, etc.)
- Altro specificare \_\_\_\_\_

**(Si accolgono certificati dei pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche; nel caso di utilizzo dei prodotti diabetici speciali, si prega di farlo prescrivere nel medesimo certificato)**

### CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per motivi culturali e religiosi che prevede:

- Osservanza della religione musulmana**
  - sostituzione carne di maiale e derivati
  - sostituzione di tutti i tipi di carne e salumi
- Vegetariano**
  - sostituzione di tutti i tipi di carne e salumi
- Altro specificare** \_\_\_\_\_
  - Specificare \_\_\_\_\_

Fara Olivana con Sola, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

*Le certificazione e dichiarazione hanno validità di un anno scolastico (escluse quelle relative a malattie metaboliche).*

---

#### INFORMATIVA SUI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE

(D.Lgs 30 Giugno 2003, n. 196)

Il sottoscritto prende atto che i dati personali inseriti nel presente modulo e/o in documenti allegati sono oggetto di trattamento ai fini della elaborazione di diete speciali, in mancanza dei quali non sarà possibile elaborare ed applicare le diete stesse. Ogni dieta sarà comunicata alle cucine o ai Centri cottura della Ditta che gestisce il servizio, alla scuola competente. Inoltre, potrà essere oggetto di valutazione da parte del Settore competente della ATS prima di essere applicata. I dati personali raccolti saranno comunque trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(firma)