

**OGGETTO: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DIETA PER UTENTI NON ISCRITTI AL SERVIZIO MENSA.**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A  
(GENITORE O ESERCENTE LA POTESTA' / PERSONALE IMPIEGATO NELLE SCUOLE PER SE' STESSO)**

|             |              |          |                 |  |
|-------------|--------------|----------|-----------------|--|
| COGNOME     | NOME         | NATO/A A | IL (gg/mm/aaaa) |  |
| RESIDENTE A | IN VIA       | N°       | PROV.           |  |
| TELEFONO N° | CELLULARE N° | EMAIL    |                 |  |

Viste le norme che regolano il servizio e richiamate le direttive sanitarie in materia di ristorazione scolastica per le scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di 1° grado situate nel territorio dell' Azienda USL di Imola e dell' Azienda USL di Bologna

**DICHIARA  
che l' alunno/a**

|         |        |                              |  |  |
|---------|--------|------------------------------|--|--|
| COGNOME | NOME   | DATA DI NASCITA (gg/mm/aaaa) |  |  |
| SCUOLA  | CLASSE | SEZIONE                      |  |  |

necessita di:

- DIETA ETICA** valevole per l'intero ciclo scolastico:
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>NO CARNE DI MAIALE</b>        | <input type="checkbox"/> <b>VEGETARIANA</b> (NO CARNE, NO PESCE)                                     |
| <input type="checkbox"/> <b>NO CARNE</b> (E NO AFFETTATI) | <input type="checkbox"/> <b>VEGANA</b> (NO CARNE, NO PESCE, NO LATTE E DERIVATI, NO UOVO E DERIVATI) |

Si dichiara inoltre che:

- L'altro genitore/esercente la patria potestà ( \_\_\_\_\_ ) è a conoscenza e condivide la scelta di questo regime dietetico;
- il Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale è informato della scelta di questo regime dietetico;
- di accettare sostituzioni con alimenti comunque previsti nei menù scolastici;
- di assumersi responsabilità in merito alle suddette scelte alimentari;
- di essere a conoscenza che il menù in uso nelle scuole, redatto in conformità alle "Linee Guida" per la ristorazione scolastica, è lo strumento base di una sana e corretta alimentazione per i bambini;
- la dieta vegetariana/vegana potrà essere prodotta a seguito della richiesta di entrambi i genitori.

- DIETA PER PATOLOGIE CRONICHE** valevole per l'intero ciclo scolastico (se così indicato nel certificato)
- DIETA PER INTOLLERANZE E ALLERGIE** valevole esclusivamente per l'a.s. \_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegare certificato)

**E SI IMPEGNA**

A dare tempestiva comunicazione a codesta società circa eventuali modifiche e/o integrazioni da introdurre nel regime alimentare del proprio figlio.

**Il/La sottoscritto/a genitore/esercente la potestà genitoriale ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679 dichiara di aver preso visione dell'Informativa ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano sé stesso e il minore di cui si ha la tutela da parte di Solaris srl per le finalità indicate nell'informativa Privacy.**

ADDI' \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Da consegnare a **SOLARIS srl presso uno degli Sportelli Utenti (orari e sedi visionabili sul sito [www.solaris.srl](http://www.solaris.srl)) oppure tramite email: [info@solaris.srl](mailto:info@solaris.srl) / [sportello.ozzano@solaris.srl](mailto:sportello.ozzano@solaris.srl) PEC [solaris.pec@legalmail.it](mailto:solaris.pec@legalmail.it) (allegando documento di identità)**

*RISERVATO ALL' UFFICIO*

La suddetta dichiarazione è stata sottoscritta in presenza del funzionario incaricato .....

ADDI' \_\_\_\_\_

Firma del funzionario incaricato

La suddetta dichiarazione è stata inoltrata a mezzo ..... allegando copia fotostatica di documento d' identità

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia posta in presenza del funzionario addetto, ovvero l' istanza sia inoltrata via fax, email, tramite un incaricato oppure a mezzo posta unitamente alla fotocopia del documento d' identità del sottoscrittore in corso di validità (Art. 38 DPR n. 445/2000).