

**RICHIESTA DEL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA  
VALIDA FINO ALLA CONCLUSIONE DEL CICLO SCOLASTICO DI ISTRUZIONE  
(scuola dell'infanzia, primaria, secondaria di 1° grado)**

**Al Sindaco del Comune di Scarlino**

**DATI DEL GENITORE**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome del genitore o tutore)

---

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**DATI DELL'ALUNNO/A**

\_\_\_\_\_ ! M ! F

(nome e cognome)

nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

iscritto presso la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'ammissione al servizio comunale di refezione per tutto il ciclo scolastico a partire dal**

---

**DICHIARA**

**di essere a conoscenza che il pasto fornito sarà quello previsto dalla tabella dietetica approvata dall'A.S.L. ,**

**che per pasti differenziati relativi a particolari patologie, dovrà essere fornita apposita certificazione medica, come richiesto dall'A.S.L. (nel caso di utilizzo di prodotti dietetici speciali, si prega di farlo prescrivere nel medesimo certificato),**

**che per pasti differenziati per motivi religiosi dovrà essere compilata una specifica richiesta a firma del genitore con elencati gli alimenti che non può assumere.**

Si impegna quindi:

- al rispetto della regolamentazione del servizio;
- alla frequenza nei giorni di tempo lungo stabiliti dal calendario scolastico;
- al regolare pagamento delle quote dovute nei termini e con le modalità indicate dall'amministrazione Comunale;
- a comunicare eventuali variazioni.

**Per coloro che non sono residenti in Scarlino, specificare quanto segue:**

Paternità \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Maternità \_\_\_\_\_ Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Domicilio in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

Data Firma

---

## AL SINDACO DEL COMUNE DI SCARLINO

### Richiesta di Dieta Speciale

Anno scolastico:.....

Il sottoscritto.....  
Abitante in via ..... città.....  
tel. abitazione n°.....  
tel. Ufficio/cellulare n°.....  
genitore di..... nato il.....

frequentante la scuola:  dell'Infanzia  elementare  media  
(nome della scuola)..... di via.....  
classe..... sez.....

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

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, ect.)
- Obesità

#### **Obbligatorio allegare certificato medico in originale.**

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

2) Fa presente che il proprio figlio per motivi etico - religiosi non può assumere i seguenti alimenti: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Firma

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

(D. L.vo 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 delle Ditte appaltatrici, alla Direzione Didattica competente per le scuole elementari o alle coordinatrici della scuola dell'infanzia statale. Inoltre, potrà essere oggetto di valutazione da parte del Settore competente dell'U.L.S.S. n°9 prima di essere applicata.

I diritti delle persone e di altri soggetti sono quelli contenuti nell'art. 13 della Legge succitata.

.....  
Firma

# Rinuncia alla Dieta Speciale

Anno scolastico:.....

## AL SINDACO DEL COMUNE DI SCARLINO

Il sottoscritto.....  
Abitante in via ..... città.....  
tel. abitazione n°.....  
tel. Ufficio/cellulare n°.....  
genitore di..... nato il.....

frequentante la scuola:  dell'Infanzia  elementare  media  
(nome della scuola)..... di via.....  
classe..... sez.....

### DICHIARA

DI RINUNCIARE ALLA DIETA SPECIALE A PARTIRE DAL

...../...../.....

DATA

.....

FIRMA LEGGIBILE

.....

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data Firma

\_\_\_\_\_