



**Istituto Comprensivo Statale "Rachel Behar"**

Sede: via Mezzano, 41 28069 Trecate (NO) tel. 0321-71158 - Fax 0321730126

e-mail: [noic82900g@istruzione.it](mailto:noic82900g@istruzione.it) pec: [noic82900g@pec.istruzione.it](mailto:noic82900g@pec.istruzione.it)

Codice Ministeriale noic82900g - Codice Fiscale 94068640039

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado dei Comuni di Sozzago e Trecate

Ai genitori/Agli affidatari  
*Prinderve/kujdestareve*

dell'alunn\_\_ : \_\_\_\_\_  
te nxenesit

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
*klasa seksioni*

Al fine di tutelare il benessere psicofisico dell'alunno, si chiede di segnalare a questa istituzione scolastica se il proprio figlio deve osservare particolari accortezze alimentari che rendano necessaria una dieta speciale. Si prega pertanto di compilare il modello che segue e restituirlo firmato.

*Me qellim te mbrojme mireqenien psikofizike te nxenesit,kerkohet qe te shenohet nese femija duhet te kete kujdes me ndonje ushqim ketij instituzioni shkollore,per nje diete speciale. Prandaj ju lutemi ta plotesoni modulim e meposhtem dhe ta ktheni te firmosur.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il Dirigente scolastico  
Drejtuesi shkollore

\_\_\_\_\_

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

*Une i/ e nenshkuari/a*

cognome e nome  
mbiemri dhe emri

in qualità di  
*ne cilesi te*

padre  
*babait*

madre  
*nenes*

tutore  
*kujdestarit*

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
*te nxenesit/es* cognome e nome *qe frekuenton klasen* *seksioni*  
mbiemer dhe emer

di questo Istituto,  
*te ketij Instituti*

**DICHIARA  
DEKLARON**

Che il proprio/la propria figlio/a può nutrirsi con tutti gli alimenti:  
*qe femija e vet mund te haje te gjithë llojet e ushqimeve*

Che il proprio/la propria figlio/a non può nutrirsi con i seguenti alimenti:  
*qe femija e vet nuk mund te haje keto ushqime*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

per intolleranze o allergia alimentare o malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, ecc.) o obesità come da certificato medico allegato. (come da certificato medico allegato)  
*per mos tolerim apo alergji apo semundje metabolike (diabet,celiakia,favismo,etj.) apo per obezitet sipas certifikates mjekesore te bashkengjitur*

per altri motivi  
*per motive te tjera*

inoltre fa presente che è esposto a shock anafilattico (barrare la casella se vero)  
*pervec kesaj ben te ditur qe i eshte i eksozuar ndaj shok-ut anafilatik (sheno kutine nese eshte e vertete)*

Pertanto, durante la distribuzione del pasto mensa,  
*Prandaj,gjate shperndarjes se ushqimit ne mense*

**CHIEDE  
KERKON**

che sia somministrata al proprio figlio la dieta speciale con esclusione degli alimenti:  
*qe ti jepet femijes se vet dieta speciale me keto ushqime te perjashtuara:*

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

Luogo e data, \_\_\_\_\_  
*Vendi e data*

Firma \_\_\_\_\_  
*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 della dieta speciale, in mancanza dei quali non sarà possibile elaborare ed applicare la dieta stessa e che i propri diritti sul trattamento dei dati forniti sono tutelati dal D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196.

**INFORMAZION RRETH TE DHENAVE PERSONALE E TE DREJTAT E DEKLARUESIT**

D.L.vo 30 qeshor 2003,nr.196

I nenshkruari kuptova qe te dhenat personale te lena ne kete modul dhe/apo me dokumente te bashkengjitur jane objekt e trajtimit per qellim perpunimin e dietes speciale,ne mungese te se ciles nuk mund te aplikohet dieata dhe se vete te drejtat e trajtimit e te dhenave jane te mbrojtura nga D.L.vo 30 qeshor 2003,nr.196

Luogo e data, \_\_\_\_\_  
*Vendi e data*

Firma \_\_\_\_\_  
*Firma*