



### 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 Codice Ministeriale  
 noic82900g - Codice Fiscale 94068640039  
 Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado dei Comuni di Sozzago e Trecate

الأباء / مقدمي الرعاية ل

dell'alunn \_\_: \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

من أجل حماية رفاهية الطالب ويطلب منه أن يقدم في هذه المؤسسة التعليمية إذا كان طفلك يجب مراعاة احتياطات خاصة المواد الغذائية تتشأ التي تتطلب اتباع نظام غذائي خاص. لذلك، يرجى ملء الاستمارة أدناه وإعادته وقعت.

\_\_\_\_\_، \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ مدير المدرسة

الموقعون أدناه / أ

الاسم الكامل

كحارس الأم الأب

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ولي \_\_\_\_\_ يطارد

الاسم الكامل

لهذا المعهد،

تعلمن

أن له / لها ابنك / ابنتك يمكن أن تأكل كل الأطعمة:

أن له / لها ابنك / ابنتك لا يمكن أن تأكل الأطعمة التالية:

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

، الخ) أو favismo للتعصب أو حساسية الطعام أو أمراض الأيض (السكري، وأمراض الجهاز الهضمي، السمنة باعتبارها شهادة الطبية المرفقة. (حسب الشهادة الطبية المرفقة) لأسباب أخرى

نلاحظ أيضا أن يتعرض لصدمة الحساسية (وضع علامة اذا كان هذا صحيحا)

لذلك، أثناء توزيع الجدول وجبة،

مكالمات

أن يدار لأبنائهم نظام غذائي خاص مع استبعاد المواد الغذائية:

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

مكان وتاريخ،

التوقيع

معلومات عن البيانات وإعلان حقوق الشخصية

يونيو 2003، ن. 196 (D. L. vo 30)

يقر الموقع أدناه بأن البيانات الواردة في هذا النموذج و / أو يتم معالجتها الوثائق لأغراض معالجة نظام غذائي خاص، والتي بدونها لن يكون من الممكن تطوير وتطبيق نفس النظام الغذائي وذلك حقوقهم في العلاج محمية البيانات المقدمة من المرسوم التشريعي 30 يونيو 2003، ن. 196.

مكان وتاريخ،

التوقيع

\_\_\_\_\_

dell'alunn\_\_\_: \_\_\_\_\_  
classe\_\_\_\_\_ sezione\_\_\_\_\_

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.

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

Il Dirigente scolastico

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
cognome e nome

in qualità di  padre  madre  tutore

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
cognome e nome

di questo Istituto,

#### DICHIARA

- Che il proprio/la propria figlio/a può nutrirsi con tutti gli alimenti:
- Che il proprio/la propria figlio/a non può nutrirsi con i seguenti alimenti:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 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 altri motivi
- inoltre fa presente che è esposto a shock anafilattico (barrare la casella se vero)

Pertanto, durante la distribuzione del pasto mensa,

#### CHIEDE

che sia somministrata al proprio figlio la dieta speciale con esclusione degli alimenti:

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

Luogo e data, \_\_\_\_\_

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.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_