



**Istituto Comprensivo Statale "Rachel Behar"**

Sede via Mezzano,41 28068 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)

Scuola dell'Infanzia, primaria e secondaria di I grado dei Comuni di Sozzago e Trecate

Ai genitori/Agli affidatari  
Către părinții/Către tutorii

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

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
clasa \_\_\_\_\_ secțiunea \_\_\_\_\_

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.

*Cu scopul de a asigura starea psihofizică optimă a elevului, se cere să fie semnalat[ instituției dacă copilul are nevoie de o dietă alimentară specială. Se cere să se completeze modelul care urmează și să se restituie după semnare.*

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

Il Dirigente scolastico  
Directorul instituției

\_\_\_\_\_

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

cognome e nome  
nume și prenume

in qualità di  
în calitate de

padre  
tată

madre  
mamă

tutore  
tutore

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
al elevului/ei \_\_\_\_\_ frecventând clasa \_\_\_\_\_ secțiunea \_\_\_\_\_

cognome e nome  
nume și prenume

di questo Istituto,  
al acestei instituții

**DICHIARA  
DECLARĂ**

Che il proprio/la propria figlio/a può nutrirsi con tutti gli alimenti:  
Că propriul copil poate să consume toate alimentele

Che il proprio/la propria figlio/a non può nutrirsi con i seguenti alimenti:  
Că propriul copil nu poate să consume următoarele alimente

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

- per intolleranze o allergia alimentare o malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, ecc.) o obesità come da certificato medico allegato. (come da certificato medico allegato)  
*din motive de intoleranță alimentară sau boală de metabolism (diabet, boala celiacă, favism etc) sau obezitate precum reiese din certificatul medical anexat.*
- per altri motivi  
*din alte motive*
- inoltre fa presente che è esposto a shock anafilattico (barrare la casella se vero)  
*specifică faptul că este expus șocului anafilactic (marcați căsuța în acest caz)*

Pertanto, durante la distribuzione del pasto mensa,  
*De aceea, în timpul distribuției hranei la cantină*

**CHIEDE  
SOLICITĂ**

che sia somministrata al proprio figlio la dieta speciale con esclusione degli alimenti:  
*să-i fie administrat propriului copil dieta specială cu excluderea alimentelor:*

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

Luogo e data, \_\_\_\_\_  
*Locul și data*

Firma \_\_\_\_\_  
*Semnătura*

**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.

**INFORMARE ASUPRA DATELOR PERSONALE ȘI DREPTURILOR DECLARANTULUI**

Subsemnatul ia act că datele personale înscrise în prezentul modul și/sau în documentele anexate sunt obiectul tratamentului pentru elaborarea dietei speciale, în lipsa cărora nu va fi posibil să fie elaborată și aplicată dieta în sine și că propriile drepturi asupra tratamentului datelor furnizate fac obiectul D.L din 30 iunie 2003, n.196.

Luogo e data, \_\_\_\_\_  
*Locul și data*

Firma \_\_\_\_\_  
*Semnătura*