



Istituto Comprensivo Statale "Rachel Behar"

Sede via Mezzano,41 28068 Trecate(NO) tel. 0321-71158-fax 0321730126
 e-mail: noic82900g@istruzione.it pec: noic82900g@pec.istruzione.it
 Scuola dell'Infanzia, primaria e secondaria di I grado dei Comuni di Sozzago e Trecate

Ai genitori/Agli affidatari
 A los padres/A los tutores

dell'alunn__ : _____
 del alunno(a)

classe _____ sezione _____
 curso _____ sección _____

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.

Con el fin de proteger el bienestar psicofísico del alumno, se solicita indicar a esta institución escolar, si su hijo tiene problemas alimenticios que requieran una dieta especial.

Se ruega por lo tanto rellenar el modelo descrito a continuación y devolverlo debidamente firmado.

_____, __/__/____

Il Dirigente scolastico
 El Rector

Il sottoscritto/a _____
 El suscrito(a)

cognome e nome
 Apellido y nombre

in qualità di
 en calidad de

padre
 padre

madre
 madre

tutore
 tutor

dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sezione _____
 del alumno(a) _____
 cognome e nome _____
 apellido y nombre _____
 attualmente alunno del curso _____
 sección _____

di questo Istituto,
 de este Instituto

**DICHIARA
 DECLARA**

Che il proprio/la propria figlio/a può nutrirsi con tutti gli alimenti:
 Que su hijo/hija puede comer todos los alimentos

Che il proprio/la propria figlio/a non può nutrirsi con i seguenti alimenti:
 Que su hijo/hija no puede comer los siguientes alimentos

- per intolleranze o allergia alimentare o malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, ecc.) o obesità come da certificato medico allegato. (come da certificato medico allegato)
por intolerancia o alergia alimentaria o enfermedad metabólica (diabetes, celíaca, anemia hemolítica, etc.) u obesidad (debe adjuntarse certificado médico)
- per altri motivi
por otros motivos
- inoltre fa presente che è esposto a shock anafilattico (barrare la casella se vero)
además hace presente que está expuesto a choque anafilático (si es así marcar la casilla)

Pertanto, durante la distribuzione del pasto mensa,
Por lo tanto durante la entrega de la alimentación

**CHIEDE
SOLICITA**

che sia somministrata al proprio figlio la dieta speciale con esclusione degli alimenti:
que se le entrega a su hijo(a) una dieta especial sin los siguientes alimentos

Luogo e data, _____
Lugar y fecha

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.

INFORME SOBRE LOS DATOS PERSONALES Y SOBRE LOS DERECHOS DEL DECLARANTE

(D.L.vo n°. 196 del 30 junio 2003)

El suscrito toma conocimiento que los datos personales indicados en el presente formulario y/o documentos entregados serán usados para la preparación de la dieta especial, ya que sin ellos no será posible prepararla, y que los derechos sobre el uso de los datos entregados están protegidos por el D.L.vo n° 196 del 30 junio 2003.

Luogo e data, _____
Lugar y fecha

Firma _____

Firma