



**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  
Anne ve Babalara / Velilere

dell'alunn\_\_ : \_\_\_\_\_  
Talebenin adı: \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
sınıfı \_\_\_\_\_ şubesi \_\_\_\_\_

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.

*Talebenin psikolojisini ve vücudunu korumak için, eğer çocuğunuz özel bir rejimle bazı gıdalara karşı dikkatli davranması gerekiyorsa, okula bildirmenizi rica ederiz.*

*Bu nedenle aşağıdaki formu doldurunuz ve imzalayıp okula geri veriniz.*

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

Il Dirigente scolastico  
Okul Müdürü

\_\_I\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

*Aşağıda imzası bulunan ben*

in qualità di  
sıfatı

padre  
babası

madre  
annesi

tutore  
velisi

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
talebenin \_\_\_\_\_ cognome e nome \_\_\_\_\_ (soyadı ve adı) \_\_\_\_\_ gittiği sınıf \_\_\_\_\_ şubesi \_\_\_\_\_

di questo Istituto,  
bu okulda,

**DICHIARA  
ŞUNU AÇIKLARIM:**

Che il proprio/la propria figlio/a può nutrirsi con tutti gli alimenti:  
*Çocuğum her tür gıda mamülü ile beslenebilir.*

Che il proprio/la propria figlio/a non può nutrirsi con i seguenti alimenti:  
*Çocuğum her tür gıda mamülü ile beslenemez*

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

- per intolleranze o allergia alimentare o malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, ecc.) o obesità come da certificato medico allegato. (come da certificato medico allegato) *çünkü bazı gıdalara karşı alerjisi veya metabolizm hastalıkları vardır (diyabet, çölyak ve favizm v.s.) veya doktor raporu ile belirtilen obezite mevcuttur. (Doktor raporunda yazılı olduğu gibi)*
- per altri motivi *diğer sebeplerden*
- inoltre fa presente che è esposto a shock anafilattico (barrare la casella se vero) *eğer anafilatik şok tehlikesi varsa bu bildirilmelidir (mevcut ise işaret koyunuz)*

Pertanto, durante la distribuzione del pasto mensa,  
*Bu sebepten dolayı okul kantininde yemek dağıtılırken,*

**CHIEDE  
İSTEDİĞİM:**

che sia somministrata al proprio figlio la dieta speciale con esclusione degli alimenti:  
*çocuğuna aşağıda yazılı olan gıda ürünleri verilmesin:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_  
*Yer ve tarih,*

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

**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.

**AÇIKLAMAYI YAPAN KİŞİNİN HAKLARI İLE İLGİLİ BİLGİLER**

(30 Haziran 2003 de 196 numaralı Kararname)

*Bu form ve ekte bulunan belgelere yazılan şahsi bilgilerin sadece özel bir diyet hazırlamak amacı ile alındığı açıklamayı yapan şahsa bildirilir, aksi taktirde diyeti hazırlayıp vermek imkansız olur ve açıkladığı konuların gizli kamlasında olan hakları korunacaktır. 30 Haziran 2003 de 196 numaralı Kararname.*

Luogo e data, \_\_\_\_\_  
*Yer ve tarih,*

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