

MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE – UTENTI

CENTRO ESTIVO _____

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445

Il/La sottoscritto/a

(Nome e cognome del titolare/esercente la responsabilità genitoriale o tutore/curatore)

Nato/a a il

Recapito telefonico E-mail

Il/La sottoscritto/a

(Nome e cognome del titolare/esercente la responsabilità genitoriale o tutore/curatore)

Nato/a a il

Recapito telefonico E-mail

consapevole/i delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 sotto la propria responsabilità

DICHIARA/DICHIARANO DI ESSERE

titolare/i o esercente/i la responsabilità genitoriale

tutore/curatore di minore

(Allegare copia del documento di riconoscimento dei genitori che rendono la dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000)

di *(Nome e cognome del minore)*

Nato/a a il

Barrare i giorni nei quali l'utente è presente in mensa

LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ
--------	---------	-----------	---------	---------

RICHIESTE:

DIETA ETICO – RELIGIOSA con esclusione di:

CARNE SUINA	CARNE BOVINA	TUTTI I TIPI DI CARNE	TUTTI I TIPI DI CARNE E PESCE	ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE
-------------	--------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------------

□ DIETA PER PATOLOGIA

Allegare certificato del Pediatra/Medico Specialista (compilato in modo chiaro e leggibile), che deve contenere:

a) indicazione dell'alimento a cui l'utente risulta intollerante/allergico e non della ricetta (es. indicare "uova" e non "frittata").

Non verranno accettate richieste di menù "personalizzati".

b) Precisazione di esclusione dell'alimento SOLO come TALE o come INGREDIENTE (es. "latte") o anche quando presente come CONTAMINANTE" (indicazione in etichetta di possibile presenza, es. "latte in tracce" nello stabilimento di produzione). In assenza di questa precisazione l'alimento verrà escluso completamente.

c) Indicazione dei possibili gravi effetti della patologia (shock anafilattico/ricovero ospedaliero, ecc.)

La richiesta si considera valida per l'intera durata del Centro Estivo. Eventuali modifiche e/o interruzioni devono essere comunicate in forma scritta tramite Certificato Medico. In caso di modifiche alla dieta seguita, indicare se quanto indicato sostituisce o integra la stessa.

Il presente Modulo e il Certificato Medico devono essere inviati a segreteria@juniorcamp.info

Luogo e data

Firma leggibile Firma leggibile

(Qualora la responsabilità genitoriale sia congiunta, nell'impossibilità di ottenere la firma di entrambi i genitori, il firmatario dichiara di avere l'autorizzazione anche dell'altro genitore)

In qualità di genitore/i-tutore/i dell'iscritto/a, presto/prestiamo il consenso al trattamento dei dati del minore partecipante appartenenti a categorie particolari di dati personali per la gestione del servizio mensa, in conformità all'informativa disponibile nel sito www.juniorcamp.info che dichiaro/dichiariamo di aver letto e compreso.

Luogo e data

Firma leggibile Firma leggibile

(Qualora la responsabilità genitoriale sia congiunta, nell'impossibilità di ottenere la firma di entrambi i genitori, il firmatario dichiara di avere l'autorizzazione anche dell'altro genitore)