

Al Comune di Palena

Al Responsabile
della Zona di Gestione Sociale n. 2
dell'ADS n. 12 "Sangro Aventino"

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
_____ il _____ residente a _____
via _____ C.F. _____
numero telefonico _____ genitore del
minore _____ nato/a a _____ il _____

CHIEDE

(selezionare la prestazione richiesta barrando l'apposito spazio)

Dieta Speciale per motivi di salute: **Allergia o intolleranza alimentare**
A tal fine si allega:

- Certificato medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Dieta Speciale per motivi di salute: **Celiachia** A tal fine si allega:

- Certificato medico curante con diagnosi

Dieta Speciale per motivi di salute: **Altre condizioni permanenti**
A tal fine si allega:

- Certificato medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Dieta Speciale per **motivi etico - religiosi**

lì _____

Con la presente autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs.vo n. 196/03.

_____ li _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e che mendaci dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, oltre a comportare la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000), costituiscono reato punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art.76 D.P.R. 445/2000), sotto la sua responsabilità dichiara che i fatti, stati e qualità riportati di seguito e nella documentazione allegata corrispondono a verità.

Firma _____