



# COMUNE DI BARNI

Provincia di Como

Via Luigi Bricchi n.3  
22030 BARNI (Como)

E-mail  
[segreteria@comune.barni.co.it](mailto:segreteria@comune.barni.co.it)

Tel. 031.3733775  
Fax 031.965645

# MENSA SCUOLA DELL'INFANZIA DI BARNI

**COGNOME:**

---

**NOME:**

---

Anno scolastico 2023-2024



# COMUNE DI BARNI

Provincia di Como

Via Luigi Bricchi n.3  
22030 BARNI (Como)

E-mail  
[segreteria@comune.barni.co.it](mailto:segreteria@comune.barni.co.it)

Tel. 031.3733775  
Fax 031.965645

## ISCRIZIONE SERVIZIO MENSA SCUOLA DELL'INFANZIA DI BARNI

Anno Scolastico 2023-2024

(Dichiarazione ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Abitante  
a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'iscrizione al servizio di mensa scolastica per il/la figlio/a:

Cognome e Nome del bambino  
\_\_\_\_\_

Nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono abitazione \_\_\_\_\_ Telefono emergenza \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola dell'Infanzia di Barni.

#### 1) FA PRESENTE CHE IL PROPRIO FIGLIO/A È AFFETTO DA:

- INTOLLERANZA ALIMENTARE
- ALLERGIA ALIMENTARE
- MALATTIA METABOLICA (diabete, celiachia, favismo, etc.)
- OBESITÀ

Si allega certificato medico in originale (N.B. si accolgono certificati di pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche; nel caso di utilizzo di prodotti dietetici particolari, si prega di farlo prescrivere nel medesimo certificato).

<b>2) FA PRESENTE CHE IL PROPRIO FIGLIO/A PER MOTIVI RELIGIOSI e/o PER MOTIVI IDEOLOGICI NON PUO' ASSUMERE:</b>

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A PADRE/MADRE**

Dichiara che quanto affermato in ogni parte della presente domanda ***corrisponde al vero*** ed inoltre:

- ◆ È consapevole che potranno essere effettuati controlli a campione e controlli mirati sulla veridicità di quanto dichiarato;
- ◆ È consapevole che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del servizio, come previsto dalla legge sulla privacy;
- ◆ È consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del servizio;

Il/la dichiarante  
(firma di un genitore o di chi ne fa le veci)

Barni, lì \_\_\_\_\_

*Si allega fotocopia carta d'identità del sottoscrittore*



---

MODULO A - ATS Insubria

Spett.le Ente Responsabile  
della ristorazione scolastica della scuola \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

I sottoscritti genitori del/la bambino/a ----- nato/a il-----

Consapevoli dell'importanza di una alimentazione variata che preveda l'assunzione di tutti i principi nutritivi e di tutte le categorie di alimenti contemplati nel menù scolastico approvato dalla ATS

consapevoli che il rifiuto di un alimento da parte del bambino, quando non riconosca una causa sanitaria, può essere superato nell'ambito dei processi di educazione e formazione scolastica;

consapevoli che l'esclusione di un alimento dalla dieta scolastica, quando non sostenuto da cause sanitarie, può essere richiesto direttamente dai genitori all'Ente Responsabile

segnalano che il proprio bambino, in famiglia, rifiuta il seguente alimento:

---

**e chiedono pertanto che**

vi sia attenzione a tale segnalazione nell'ambito della somministrazione dei pasti a scuola.

Si rimane consapevole che tale alimento verrà comunque proposto senza alcuna forzatura da parte degli educatori e si chiede che, dopo un congruo numero di occasioni di incontro con l'alimento indicato, permanendo il rifiuto, l'alimento sia definitivamente sostituito secondo la vigente tabella ATS delle sostituzioni.

I genitori \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_



### All. richiesta dieta per motivi etico-religiosi

**All'Ente Gestore  
del Servizio di Ristorazione Scolastica  
Comune di .....**

Anno scolastico.....  
Il sottoscritto/a .....  
genitore dell'alunno/a.....  
frequentante la classe ....., sez. ....  
Scuola .....

#### C H I E D E

Dieta per motivi etico religiosi

(utenti di religione, mussulmana, ebraica, dieta vegetariana, etc.)  
Non serve certificato medico, ma solo la richiesta del genitore.

**Dieta per motivi etico-religiosi** (tale richiesta rimane valida per l'intero ciclo scolastico)

**con l'esclusione dei seguenti alimenti:**

- carne di maiale e derivati
- tutti i tipi di carne e derivati
- pesce
- uova
- altro: specificare
- dieta vegetariana

Data:.....

Firma .....

**Recapito per eventuali comunicazioni:**

Cognome e Nome .....

Via .....

Città .....

Tel. ....

Mail:

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs. 196/2003 (art.13).



**All. richiesta dieta per patologia**

**All'Ente Gestore  
del Servizio di Ristorazione Scolastica  
Comune di .....**

Anno scolastico.....  
Il sottoscritto/a .....  
genitore dell'alunno/a.....  
frequentante la classe ..... sez. ....  
Scuola .....

**C H I E D E**

che venga somministrata la seguente dieta:

**Dieta per motivi di salute**

.....

**Altro** .....  
**(specificare)**

Allego certificazione medica che **riporta la durata della dieta**

Data:.....

Firma.....

**Recapito per eventuali comunicazioni:**

Cognome e Nome .....

Via .....

Città .....

Tel. ....

Mail:.....

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs. 196/2003 (art.13).