



## ALLEGATO 1

### ATTO DI DELEGA PER IL RITIRO

del minore cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_

tutore legale in qualità di (grado di parentela es:madre/padre) \_\_\_\_\_

delego a ritirare il minore le seguenti persone:

Cognome Nome	Grado di parentela/amicizia	Tipologia e n.di documento	Rilasciato da

DICHIARA di sollevare da qualsiasi responsabilità il centro estivo Water Sports summer Camp 2022.

PRENDE ATTO che il responsabile del centro estivo cessa dal momento in cui il bambino viene affidato alla persona delegata.

La presente delega vale fino al 10/09/2022.

N.B.: Si fa presente che, ai sensi dell'art. 591 del Codice Penale, al ritiro NON può essere delegata una persona minore di anni 18.

FIRMA .....



**ALLEGATO 2**

**MODULO SEGNALAZIONI PARTICOLARI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_


CENTRO ESTIVO \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

In qualità di Genitore/Tutore  Diretto interessato (per personale del Centro Estivo) 

Per l'utente \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

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

LUN	MAR	MER	GIO	VEN
-----	-----	-----	-----	-----

**RICHIEDE**

1. DIETA ETICO - RELIGIOSA con esclusione di:

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

2. DIETA PER PATOLOGIA

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

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

**La richiesta si considera valida per l'intero durata del Centro Estivo.** Eventuali modifiche e/o interruzioni devono essere comunicate in forma critica 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 inviato alla Cucina Centralizzata di riferimento. La dieta entrerà in vigore entro 2 giorni dalla data di ricezione della richiesta, ad eccezione di diete che necessitano di prodotti dietoterapici particolari per le quali la data di inizio fornitura sarà concordata direttamente con il Servizio Dietetico.

I dati forniti saranno trattati secondo i fini e le modalità indicate nell'informativa e nella richiesta di consenso allegata alla presente e che si prega di restituire debitamente sottoscritta.

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Responsabile del Centro Estivo \_\_\_\_\_

Firma per accettazione del Responsabile del Centro Estivo \_\_\_\_\_

