

MODULO DI RICHIESTA di dieta speciale per motivi sanitari per il servizio di refezione scolastica

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

Genitore o esercitante responsabilità genitoriale sul/la bambino/a _____

_____ nato/a _____ il _____

Residente in _____ via/piazza _____ n. _____

Tel. abitazione n. _____ tel. Ufficio/cellulare n. _____

Che frequenta la classe _____ sez. _____ della Scuola _____

Plesso _____ per l'a.s. _____/_____

Il/la bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

C H I E D E

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di (barrare la casella interessata)

Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare

a tal fine si allega:

- certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- scheda identificativa come da MOD.2/A

Dieta speciale per celiachia

a tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi
- Scheda identificativa come da MOD.2/A

Dieta speciale per altre condizioni permanenti

a tal fine si allega:

- certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- scheda identificativa come da MOD.2/A

Data _____

Firma dei genitori o affidatario che esercita la responsabilità genitoriale

PADRE.....

MADRE.....

TUTORE.....

I sottoscritti _____, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, modificato ed integrato dal D.Lgs. n. 101/2018, e del Regolamento UE n. 679/2016, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, dichiarano di aver preso visione dell'informativa ALUNNI E FAMILIARI sul sito web della scuola.