## MODULO A: RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

Il/La sottoscritto/a residente a

Via tel./cell.

in qualità di:

* Genitore dell’alunno/a nato/a a

il frequentante la classe sez. della Scuola

□ Nido d’Infanzia □ Infanzia □ Primaria □ Secondaria di I° grado □ Secondaria di II° grado denominata sita nel Comune di

* Operatore scolastico/ docente presso la Scuola

□ Nido d’Infanzia □ Infanzia □ Primaria □ Secondaria di I° grado □ Secondaria di II° grado denominata

sita nel Comune di

Ai fini della fruizione del servizio mensa per l’a.s.

## CHIEDE

La somministrazione di dieta speciale per:

* ALLERGIA ALIMENTARE 

(si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall’alimentazione).

* INTOLLERANZA ALIMENTARE 

(si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall’alimentazione).

* CELIACHIA 

(si allega certificato medico con diagnosi).

* DIETA SPECIALE PER ALTRE CONDIZIONI PERMANENTI QUALI MALATTIE METABOLICHE/ DEFICIT ENZIMATICI 

(si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall’alimentazione).

I dati personali saranno trattati in conformità al Regolamento UE 679/2016.

Data FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_