

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
