

# MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA

NB. i campi segnati con (\*) sono obbligatori

Anno scolastico \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (\*)

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\*) il \_\_\_\_\_ (\*)

Genitore o esercitante potestà genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_ (\*)

Frequentante la Scuola \_\_\_\_\_ (\*) classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

CHIEDE

che venga somministrata la dieta speciale seguente (barrare la casella interessata):

- ALLERGIA
- INTOLLERANZA
- DIETA AD ESCLUSIONE PER PROTOCOLLO DIAGNOSTICO
- DIETA LEGGERA (DURATA SUPERIORE AI TRE GIORNI)
- CELIACHIA
- OBESITA'
- DIABETE
- FAVISMO
- FENILCHETONURIA
- ALTRO: \_\_\_\_\_ (specificare)

Al riguardo allega certificazione medica del \_\_\_\_\_ (\*) (data emissione del certificato)

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Recapito per eventuali comunicazioni:

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

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Dati personali trattati in conformità al dell'ART. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR")