

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")