

Il sottoscritto _____

abitante in via/piazza: _____ città: _____

tel. abitazione n° _____

tel. cellulare n° _____

genitore di : _____

M	F
---	---

frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola

_____ per l'anno scolastico _____ / _____

Presente in mensa nei giorni di:

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

CHIEDE

l'erogazione per il proprio figlio 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 degli alimenti da escludere dall'alimentazione

- dieta speciale per celiachia

A tal fine si allega :

- Certificato del medico curante con diagnosi

- dieta speciale per alte condizioni permanenti

A tal fine si allega :

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione

data:/...../20.....

Firma

INFORMATIVA SUI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE

(D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196)

I dati personali inseriti nel presente modulo e/o in documenti allegati sono oggetto di trattamento ai fini dell'elaborazione di diete speciali, in mancanza dei quali non sarà possibile elaborare ed applicare le diete stesse.