

## MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel . abitazione n° \_\_\_\_\_  
cell. n° \_\_\_\_\_  
che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_

per l'anno scolastico 2023/2024

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni:

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

### CHIEDE

la somministrazione a\alla proprio\la figlio\la di (barrare la casella interessata)

Y **Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega:**

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall' alimentazione. Se si tratta di allergia da shock anafilattico far compilare al medico il modulo relativo al programma di intervento in caso di emergenza.

Y **Dieta speciale per celiachia a tal fine si allega:**

- certificazione del medico curante con diagnosi

Y **Dieta speciale per altre condizioni permanenti a tal fine si allega:**

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il trattamento avverrà conformemente al Reg. EU 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche. Informativa completa disponibile presso il comune sede di erogazione del servizio e/o il portale informatico di iscrizione al servizio.