

**MODULO RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI
PER SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA**

Il/La sottoscritto/a,
 Recapito telefonico - pec/e-mail
 in qualità di genitore o esercitante potestà genitoriale del bambino/a:
 Nome Cognome nato/a a
, il e residente nel Comune di
, in via/fraz., n.
 che frequenta la classe sezione della Scuola di
 per l'anno scolastico 20...../ 20.....

Il/la bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni: L M M G V

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico compresi nel servizio di refezione scolastica:

Colazione	Merenda di metà mattina	Pranzo	Merenda di metà pomeriggio	Cena

CHIEDE

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di: (barrare la casella interessata)

- Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare
A tal fine si allega il certificato del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione;
- Dieta speciale per celiachia
A tal fine si allega la certificazione del medico curante con diagnosi
- Dieta speciale per altre condizioni permanenti
A tal fine si allega la certificato del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione;

Si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti test diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

La presente richiesta unitamente al certificato del medico curante ed elenco degli alimenti da escludere dalla dieta deve essere recapitata presso l'Ufficio refezione scolastica del Comune di riferimento oppure presso la segreteria dell'Istituto/Scuola paritaria di competenza.

Nel compilare questo modello si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016 per gli adempimenti correlati alla procedura in oggetto.

Li, data

Il genitore o esercitante potestà genitoriale

.....