

ALLEGATO 2

**– MODULO RICHIESTA DI DIETA SPECIALE
PER MOTIVI SANITARI (GENITORE)**

La richiesta, con allegata la certificazione medica (ALLEGATO 3), deve essere recapitata all'ufficio competente del Comune di appartenenza della scuola pubblica o all'amministrazione scolastica se si tratta di scuola privata.

Il/la sottoscritto/a _____

Genitore di _____

che frequenta la classe _____ della scuola _____

per l'anno scolastico _____/_____

Tel: _____ E-mail: _____

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni

- L
- M
- M
- G
- V

CHIEDE

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di

- dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a _____
- dieta speciale per celiachia
- dieta speciale per altre condizioni _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

- sì
- no

Data

Firma
