

**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.