MODULO A: RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

Il/La sottoscritto/a _____ residente a _____

Via _____ tel./cell. _____

in qualità di:

☐ Genitore dell'alunno/a _____ nato/a a _____

il _____ frequentante la classe ____ sez. ___ della Scuola

☐ Infanzia ☐ primaria ☐ secondaria di I° grado

denominata_____

sita nel Comune di_____

☐ Operatore scolastico/ docente presso la Scuola

☐ Infanzia ☐ primaria ☐ secondaria di I° grado

denominata_____

sita nel Comune di_____

Ai fini della fruizione del servizio mensa per l'a.s._____

CHIEDE

La somministrazione di dieta speciale per:

- ALLERGIA ALIMENTARE ☐
  (si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione).
- INTOLLERANZA ALIMENTARE ☐
  (si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione).
- CELIACHIA ☐
  (si allega certificato medico con diagnosi).
- DIETA SPECIALE PER ALTRE CONDIZIONI PERMANENTI QUALI MALATTIE METABOLICHE/ DEFICIT ENZIMATICI ☐
  (si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione).

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art.13).

Data _____ FIRMA