

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA PER MOTIVI MEDICI - A.S. 2018/19

La presente richiesta è valida solo se compilata in tutti i suoi campi e corredata di certificato medico.

Il/La sottoscritto/a _____
(nome e cognome)

in qualità di:

- genitore o esercitante potestà genitoriale
 docente
 collaboratore scolastico
 altro personale _____

in servizio presso il plesso scolastico _____ di _____

CHIEDE

L'EROGAZIONE DI UNA DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI.:

DATI DELL'UTENTE O ALUNNO

NOME COGNOME

INDIRIZZO CITTA'

SCUOLA (SPECIFICARE INFANZIA/PRIMARIA/SECONDARIA DI I GRADO)

PLESSO CLASSE E SEZIONE

Giorni di frequentazione della mensa (crociera i giorni di presenza a mensa): LUN MAR MER GIO VEN

TIPOLOGIA DI RICHIESTA
(crociera la tipologia di richiesta)

Attivazione dieta speciale per CELIACHIA O PATOLOGIA CRONICA

Attivazione dieta speciale per ALLERGIA, INTOLLERANZA ALIMENTARE O ALTRA PATOLOGIA

Sospensione dieta speciale

Alla richiesta va sempre allegato il certificato del pediatra/ medico specialista. Il certificato medico è valido per l'intero ciclo scolastico.

RECAPITI DEL RICHIEDENTE

Numero di telefono _____ Indirizzo posta elettronica _____

Il servizio si riserva di contattare telefonicamente il genitore o l'utente in caso di necessità in merito alla presente richiesta.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS.196/2003

Si informa che il D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dati personali" prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

La presente richiesta e il certificato medico allegato vanno consegnati presso la segreteria scolastica per la successiva comunicazione al gestore della mensa frequentata dall'utente.

Luogo e Data _____

Il Richiedente
