

RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE

Il / la sottoscritto / a _____ genitore
del / la bambino / a _____ nato / a il _____
abitante in via _____ città _____
CAP _____ tel. _____ che frequenta la scuola:

- Infanzia _____ classe _____
 Primaria _____ classe _____
 Secondaria I grado _____ classe _____

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare per motivi di salute :

DIETA NUOVA

Occorre presentare una certificazione medica (del medico allergologo o specialista del Servizio Sanitario Nazionale) che attesti la necessità di seguire una dieta particolare

DIETA IN BIANCO

Occorre presentare una certificazione medica (del medico o pediatra di base) qualora vi sia la necessità di seguire una dieta in bianco per un periodo superiore ai tre giorni.

Il/la bambino/a è presente in mensa:(barrare le caselle corrispondenti) tutti i gg

oppure

- Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì

Il richiedente dichiara fin da ora di essere informato ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma del richiedente



Con il presente si certifica che in data _____ è stata consegnata la richiesta di una dieta speciale per l'alunno _____