

## RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE

N. di Protocollo \_\_\_\_\_ Al A.M.F. di Cinisello B.mo

Il / la sottoscritto / a \_\_\_\_\_ genitore

del / la bambino / a \_\_\_\_\_ nato / a il \_\_\_\_\_

abitante in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ che frequenta la scuola :

Scuola Materna \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Scuola Elementare \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Scuola Media \_\_\_\_\_ 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 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 (si allega copia informativa sulla privacy).

Data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N. di Protocollo \_\_\_\_\_



Con il presente si certifica che in data \_\_\_\_\_ è stata consegnata, presso gli uffici AMF, la richiesta di una dieta speciale per l'alunno \_\_\_\_\_