

3. Modulistica

N ° 1 - RICHIESTA DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA

**All'Ente Gestore
del Servizio di Ristorazione Scolastica
Comune di**

Anno scolastico.....

Il sottoscritto/a

Nato/a ail

CODICE FISCALE.....

genitore o esercitante potestà genitoriale dell'alunno/a.....

frequentante la Scuola classe sez.

C H I E D E

che venga somministrata **la dieta speciale** (barrare la casella interessata):

- ☐ **Allergia**
- ☐ **Intolleranza**
- ☐ **Dieta ad esclusione per protocollo diagnostico**
- ☐ **Dieta leggera (durata superiore ai tre giorni)**
- ☐ **Celiachia**
- ☐ **Obesità**
- ☐ **Diabete**
- ☐ **Favismo**
- ☐ **Fenilchetonuria**
- ☐ **Altro(specificare)**

Al riguardo allego certificazione medica del(data emissione certificato)

Data:.....

FIRMA

.....

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome

Via

Città

Tel.

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